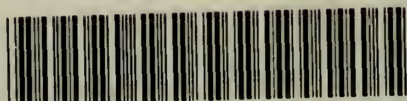
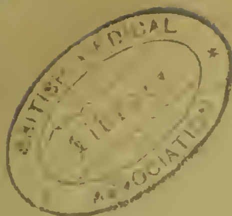
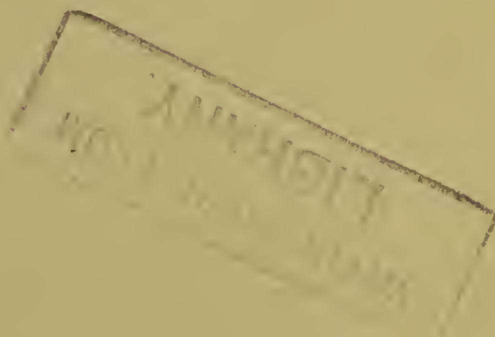
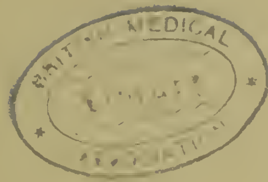

NUFFIELD LIBRARY
BRITISH MEDICAL ASSOCIATION


22500774846


BRITISH MEDICAL ASSOCIATION





CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL

DE

GYNÉCOLOGIE

ET

D'OBSTÉTRIQUE

From H. P. Thompson
Brussels

CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL

DE

GYNÉCOLOGIE

ET

D'OBSTÉTRIQUE

Ire SESSION — BRUXELLES — SEPTEMBRE 1892



COMPTES-RENDUS

PUBLIÉS PAR

M. le Dr JACOBS, secrétaire-général, et M. le Dr POPELIN, secrétaire

BRUXELLES
HENRI LAMERTIN, LIBRAIRE-ÉDITEUR
Rue du Marché-au-Bois, 20

1894

CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL

DE

GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

1re SESSION - BRUXELLES - SEPTEMBRE 1892

SOUS LE HAUT PROTECTORAT DE S. M. LÉOPOLD II

ROI DES BELGES

SOUS LE PATRONAGE DU GOUVERNEMENT BELGE

ET DE LA

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

TABLE DES MATIÈRES

Séance d'inauguration

Séance du jeudi 15 septembre (matin)

Première question à l'ordre du jour. — Des suppurations pelviennes

Séance du jeudi 15 septembre (soir)

Séance du vendredi 16 septembre (matin)

Deuxième question à l'ordre du jour. — Des grossesses extra-utérines

Séance du vendredi 16 septembre (soir)

QUESTIONS DIVERSES

Séance du samedi 17 septembre (matin)

Troisième question à l'ordre du jour. — Du placenta prævia

Séance du samedi 17 septembre (soir)

QUESTIONS DIVERSES

Séance de clôture



TABLE ALPHABÉTIQUE

—

OBSTÉTRIQUE

GYNÉCOLOGIE



Séance d'ouverture de la 1re session

DU

CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL

DE

GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Mercredi 14 septembre 1892.

La séance a lieu dans la grande salle du Palais des Académies, mise gracieusement par le Gouvernement à la disposition du Comité d'organisation pour y tenir les séances du Congrès.

A deux heures précises, Son Excellence M. De Bruyn, Ministre de l'Agriculture, de l'Industrie et des Travaux publics, est reçu par les membres du Bureau. M. Kufferath s'assied au fauteuil de la présidence, ayant à sa droite M. le Ministre, à sa gauche Sir Spencer Wells, doyen d'âge des présidents d'honneur. Siègent également au Bureau : M. Beco, secrétaire général au Ministère de l'Agriculture, de l'Industrie et des Travaux publics, M. Devaux, inspecteur général du service de santé, M. Jacobs, Secrétaire-général du Congrès, MM. Debaisieux et Tournay, vice-présidents, MM. Cittadini, Popelin et Cordemans, secrétaires des séances, MM. Keiffer et Boulengier, secrétaires.

Derrière le Bureau prennent place les présidents d'honneur et les délégués officiels au Congrès.

M. le président déclare la séance ouverte et prononce le discours suivant :

« Mesdames, Messieurs et illustres Confrères,

» Que mes premières paroles soient des paroles de remerciements pour tous ceux qui ont répondu à notre appel et qui veulent bien apporter ici les fruits de leurs travaux.

» La Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique, le corps médical belge tout entier sont fiers de l'honneur que vous leur faites.

» Ce n'est pas sans une certaine crainte que le Comité a entrepris la tâche de convoquer ces premières assises internationales d'obstétrique et de gynécologie. Au premier abord, l'utilité d'un congrès spécial peut sembler contestable. N'avons-nous pas les grands congrès internationaux de médecine, où toutes les branches de l'art de guérir sont représentées et auxquels les praticiens du monde entier se font une gloire d'assister ?

» Certes, l'objection est grave ; mais, si nous avons égard à l'enthousiasme avec lequel le projet de congrès a été accueilli à l'étranger, nous ne pouvons que nous féliciter d'avoir persévéré dans notre entreprise. Et aujourd'hui, en voyant réunis les représentants les plus illustres de ces deux branches des sciences médicales, nous nous trouvons récompensés, et au-delà, des peines que nous nous sommes données.

» Si nous recherchons la raison du succès qui, dès ce moment, est assuré à notre réunion, nous la trouvons tout d'abord dans les progrès immenses qu'ont faits, dans ces dernières années, la gynécologie et l'obstétrique. Parcourez les travaux qui ont été produits depuis quelque dix ans, vous serez frappés de leur nombre, de leur importance.

» Nous ne sommes plus au temps où la spécialisation en médecine était, en quelque sorte, déconsidérée.

» Aujourd'hui la spécialisation a pris un autre caractère ; elle est devenue nécessaire, et c'est grâce à elle que nous avons assisté à cette évolution rapide et grandiose de toutes les branches de l'art de guérir. Les études sont plus fortes, l'esprit scientifique pénètre de plus en plus nos institutions, et si le spécialiste est, doit être et doit rester avant tout médecin, il possède, en plus que le médecin ordinaire, les moyens de recherches, de diagnostic et de traitement spéciaux à son art.

» De là, les avantages que trouvent à se réunir ceux qui s'occupent des mêmes sciences. Le rapprochement des hommes rend les idées plus fécondes. Un mot parfois en dit plus que tout un livre, et, dans ce mot, dans cette pensée d'un maître, mûrie par le travail et la réflexion, se révèle un monde nouveau pour celui qui l'écoute.

» Qui, d'entre nous, ne se rappelle les impressions qu'il a éprouvées en recevant cette influence vivifiante de la parole? N'est-ce pas le plus grand attrait d'une réunion telle que la nôtre, que de se trouver en contact avec ceux qui brillent par les conceptions nouvelles et qui sont les porte-drapeaux des progrès scientifiques ?

» Le commerce des hommes distingués est toujours agréable ; il

est aussi utile. Il élève non-seulement la hauteur de l'esprit, mais il rend les rapports plus aimables et plus cordiaux.

» Je ne vous cache pas, Messieurs et illustres Confrères, les sentiments d'appréhension que j'éprouve en me trouvant en ce moment à la tête d'une assemblée aussi importante que la vôtre. Bien d'autres, mieux que moi, méritaient cet honneur. Aussi pourrait-on me taxer d'ingratitude, si je ne remerciais pas mes confrères de la bienveillance qu'ils m'ont témoignée.

» La préparation d'un congrès international est ardue et laborieuse. Le Comité a fait de son mieux pour assurer aux membres une réception digne d'eux; il est certain, malheureusement, que beaucoup de *desiderata* n'ont pas été réalisés. Nous faisons appel à toute votre indulgence ; nous vous demandons de bien vouloir tenir compte de notre bonne volonté et vous prions de fermer les yeux sur les imperfections dont nous avons conscience, mais que nous n'avons pu éviter.

» Il reste au comité provisoire un devoir bien agréable à remplir : celui de vous proposer de chaleureux remerciements aux autorités qui ont favorisé la bonne réussite de notre Congrès.

» Que nos acclamations aillent tout d'abord à S. M. le Roi Léopold II, qui n'a pas voulu laisser passer cette manifestation de la science internationale, sans montrer l'intérêt qu'il porte à tout ce qui est du domaine de l'intelligence.

» Sa Majesté, empêchée d'assister à la séance inaugurale, fera au Congrès l'honneur d'une prochaine visite.

» Nos remerciements également au Gouvernement, aux Académies royales de médecine et des beaux-arts, qui ont mis gracieusement à notre disposition les locaux du Palais des Académies, aux autorités académiques des Universités belges, qui nous ont fourni les collections d'instruments et de pièces exposées à la Maternité.

» Au conseil général d'administration des hôpitaux et hospices de Bruxelles, qui a mis tant d'obligeance à donner l'accès des établissements qu'il dirige aux membres du Congrès.

» Enfin, à la Ville de Bruxelles, dont l'administration n'a pas voulu faire mentir la vieille réputation d'hospitalité de notre cité brabançonne, et qui a tenu à contribuer, dans la mesure du possible, à l'éclat de cette réunion ». *(Applaudissements.)*

La parole est donnée à M. le Secrétaire-général.

« Mesdames, Messieurs et chers Confrères,

» Ma qualité de Secrétaire-général du Comité d'organisation du

Congrès m'oblige à vous rendre compte des travaux faits par ce comité, en vue d'arriver à la solennité qui nous réunit aujourd'hui :

» Messieurs, dans sa séance du 29 novembre 1891, le bureau de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique émit l'idée généreuse de réunir à Bruxelles, en 1892, le premier Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique, en y joignant le vœu de voir ces assises scientifiques se renouveler périodiquement.

» La proposition fut votée à l'unanimité des membres présents; et le comité d'organisation élu mit, dès lors, tout en œuvre pour que la première réunion, dont nous voyons ce jourd'hui la réalisation, fut la base, la racine d'un arbre généalogique, pour la vitalité duquel il appelait à lui le monde scientifique tout entier.

» L'entreprise était *a priori* bien hardie pour une société ne comptant encore que quatre années d'existence ; mais nous n'avions d'autre but que de tenter la réunion des éléments de même nature qui se réunissent périodiquement dans d'autres pays, qui en recueillent les plus grands bienfaits.

» La somme bien grande d'utilité scientifique ainsi produite dans chacun de ces pays pouvait, non-seulement étendre ses bienfaits, mais les augmenter, les décupler, à condition qu'une organisation nouvelle permit aux savants de tous les pays d'y apporter les résultats de leurs recherches scientifiques.

» Telle fut l'idée mère qui engendra notre audacieuse initiative. AUDACES FORTUNA JUVAT ! Jamais maxime ne fut plus vraie !

» Messieurs, nous ouvrons cette première session entourés de plus de trois cents membres participants et avec les encouragements de cinquante-cinq membres fondateurs ! Nous croyons que peu de congrès internationaux spéciaux se sont ouverts sous des auspices aussi favorables, aussi brillants!

» L'affluence des adhérents qui sont venus se grouper autour de nous, nous prouve, Messieurs, que nous avons eu raison de compter sur le dévouement de ceux que pénètre l'amour des sciences spéciales que vous cultivez. C'est d'ailleurs de cette conviction que s'étaient inspirés les membres de notre Société, en tentant la création de ces réunions internationales auxquelles la Belgique, la première, doit l'honneur de vous recevoir aujourd'hui.

» Le Comité, chargé des préparatifs de cette session, n'avait, comme vous le voyez, pour tous pouvoirs, que ceux dont l'avait nanti la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique. Ces pouvoirs pouvaient lui être contestés ou être neutralisés par les défiances, des jalousies. Heureusement, nous n'avons guère eu à compter avec ces

sentiments. Si, dans nos tâtonnements initiaux, nous avons pu froisser les susceptibilités de quelques confrères étrangers, nous les prions de croire que notre volonté n'y fut pour rien.

» Si nous sommes parvenus à rallier les spécialistes du monde entier à nos projets, nous le devons, Messieurs, aux confrères étrangers, qui ont bien voulu accepter les places de secrétaires spéciaux pour leurs pays.

» Rapidement, nous avons vu venir à nous les sociétés spéciales étrangères, sœurs aînées de la nôtre, qui, applaudissant à notre audace, l'encouragèrent par l'envoi de délégations officielles. Ce furent :

La British Gynœcological Society.
La Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Saint-Pétersbourg.
L'Association américaine de Gynécologie et d'Obstétrique.
L'American Gynæcological Society.
L'Académie royale de Médecine d'Irlande.
L'Association néerlandaise pour l'avancement des sciences médicales.
La Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Kiew.
La Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris.
La Société des sciences médicales de Lisbonne.
La Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Glasgow.
La Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Moscou.
L'Académie royale de médecine d'Espagne.
La Société de Gynécologie de Madrid.

» Sur la demande de notre Ministre des Affaires étrangères, quelques gouvernements ont bien voulu montrer l'intérêt qu'ils portaient à notre Congrès par l'envoi de délégations officielles à cette session.

» Ce sont les gouvernements suédois et norwégien, danois, espagnol, grec, italien, turc, austro-hongrois et des États-Unis d'Amérique.

» Toutes nos espérances semblaient devoir se réaliser, quand un point noir est malheureusement venu assombrir l'horizon. Je veux parler de l'épidémie de choléra qui moissonne, depuis quelques semaines, tant d'existences en Europe. Beaucoup de nos confrères nous ont envoyé des lettres d'excuses et de regrets de ne pas se trouver parmi nous aujourd'hui, ne pouvant abandonner leur poste humanitaire. Certes nous regrettons vivement leur absence, mais nous nous inclinons avec respect devant l'abnégation et le dévouement de ces vaillants confrères, qui bravent le danger pour sauver leurs semblables !

—

» Messieurs, l'importance de notre première session sera remarquable au point de vue du grand nombre de travaux originaux qui y seront discutés.

» La Belgique est un terrain neutre, favorable aux rendez-vous internationaux, favorable à ces assises qui viennent fixer le bilan de nos connaissances et de leur avancement, aussi avons-nous cru pouvoir porter à notre ordre du jour trois questions *brûlantes :*

Les suppurations pelviennes.
Les grossesses extra utérines.
Le placenta prævia.

» Nous espérons que les nombreux orateurs inscrits à la suite de MM. Segond, A. Martin et Berry Hart, qui ont bien voulu accepter la tâche ingrate de rapporteurs et auxquels le Comité d'organisation adresse toute sa gratitude, parviendront, par leur collaboration internationale, à éclaircir ces problèmes, dont la solution est à souhaiter pour les progrès de la science et le bien-être de l'humanité.

» Le Comité a cru devoir se placer sous l'égide scientifique des professeurs de gynécologie et d'obstétrique les plus en renom. Nous vous proposerons, Messieurs, de les acclamer officiellement dans les places de présidents d'honneur que nous avons cru pouvoir leur conférer.

» Parmi les premiers qui encouragèrent notre entreprise à ses débuts, il est un homme illustre que la mort a empêché de voir se réaliser les vœux les plus ardents qu'il nous transmettait, il y quelques mois à peine. J'ai cité M. le professeur Pippingsköld d'Helsingfors. Remarquable obstétricien, il contribua beaucoup au renom scientifique de la Finlande, et fut des premiers à accepter d'être parrain de notre Congrès. Son nom sera inscrit en lettres d'or dans les annales de nos assises. *(Applaudissements prolongés.)*

» Je crois qu'il serait oiseux de vous entretenir des préparatifs nombreux nécessités par l'organisation de cette session. Je tiens cependant à vous affirmer que si le Comité a cru devoir choisir le milieu de septembre comme date de réunion, c'est uniquement dans le but de prendre le terme moyen entre les *desiderata* exprimés par les différents pays représentés ici. Notre choix ne fut d'ailleurs que très heureux, puisqu'il nous a permis de vous voir, à peu d'exceptions près, réunis en Belgique, vous que nous connaissions tous de nom depuis si longtemps !

» Le Comité d'organisation a cru pouvoir annexer au Congrès une exposition internationale d'instruments de chirurgie et appareils se

rapportant à la gynécologie et à l'obstétrique. Nous avons été assez heureux pour voir arriver à nous les principaux fabricants d'Allemagne, d'Angleterre, de Suède, de France, d'Amérique, de Suisse et de Belgique.

» Une deuxième exposition a été organisée dans les locaux de la Maternité, réunissant les curiosités scientifiques obstétricales et gynécologiques de nos quatre universités belges. Ces deux expositions sont ouvertes à tous les membres du Congrès.

» En terminant, il me reste, Messieurs, l'agréable devoir de porter les remerciements du Comité à tous ceux, tant aux autorités qu'aux personnes privées, qui ont bien voulu, de diverses manières, contribuer à la réussite de cette première session.

» Et avant tout, Messieurs, j'ai à rendre grâce à notre auguste roi, S. M. Léopold II, qui a daigné, sur notre demande, accepter le haut protectorat du Congrès, donnant ainsi une preuve nouvelle de sa sympathie pour les sciences.

» Le gouvernement belge a bien voulu nous accorder son haut patronage, et M. De Bruyn, Ministre des Travaux Publics, de l'Industrie et de l'Agriculture, a droit à toute notre gratitude pour l'accueil bienveillant qu'il a toujours réservé aux nombreuses démarches que nous avons dû faire auprès de lui.

» M. le Ministre des Chemins de fer, Postes et Télégraphes a singulièrement favorisé le succès de notre exposition, en réduisant de 50% les frais de transport des marchandises sur les voies ferrées belges. Il nous a également accordé l'établissement, dans les locaux mêmes du Congrès, d'un bureau spécial de postes et télégraphe, installé dans notre salle de correspondance. Nous adressons à M. le Ministre des Chemins de fer tous nos remerciements.

» Messieurs, si je suis forcé de me borner à la mention des personnes officielles qui nous ont donné des preuves de leur sympathie, je prierai tous nos autres bienfaiteurs d'être convaincus qu'ils ne sont pas oubliés pour n'être pas nommés. Notre gratitude s'adresse cependant particulièrement à la Presse médicale du monde entier, qui a contribué avec tant de bienveillance à la réussite de nos projets.

» Il vous restera, Messieurs, à juger si le Comité a réussi dans l'œuvre laborieuse de préparation du Congrès. Pour lui, au moment de voir se terminer sa tâche, il remplit un strict devoir en exprimant sa sincère reconnaissance aux confrères qui ont accepté avec empressement et amabilité ses ouvertures et qui viennent aujourd'hui honorer la Belgique de leur présence et nous faire part de leur travaux. Si nous vous avons attendu avec impatience, nous vous rece-

vrons avec empressement, et nous avons le ferme espoir que les quelques fêtes, auxquelles nous vous avons conviés pour vous délasser des fatigues de nos travaux, contribueront à cimenter entre nous les liens amicaux et confraternels qui doivent faire de nous les enfants d'une seule et même famille. Au nom de la Belgique et de vos confrères belges, je vous souhaite la bienvenue!

» Puisse votre séjour parmi nous vous engager à y revenir bientôt! Puissions-nous avoir contribué à une œuvre durable et utile! » *(Applaudissements.)*

M. De Bruyn, Ministre de l'Agriculture, de l'Industrie et des Travaux publics prononce le discours suivant :

« Messieurs,

» Le Comité d'organisation du premier Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique vous a convoqués pour tenir ses assises à Bruxelles.

» J'en remercie Messieurs les organisateurs et spécialement vos savants confrères, MM. les docteurs Kufferath et Jacobs, qui n'ont négligé aucun effort pour assurer la réussite de l'œuvre.

» Je vous remercie, Messieurs, d'avoir répondu en si grand nombre à leur appel. Cet empressement indique l'importance de votre réunion Elle est affirmée par les délégations des gouvernements étrangers qui ont donné leur adhésion au Congrès par l'envoi de délégués spéciaux.

» S'il fallait une preuve autre, je la trouverais dans le succès de l'exposition organisée en vue du Congrès et qui répond par son importance, sa variété, sa nouveauté, à la grandeur des progrès dont vous poursuivez la réalisation.

» Ayant l'hygiène dans mes attributions, je suis heureux, en vous remerciant de votre concours, de vous assurer des sympathies du Gouvernement pour vous et pour le succès des études que vous poursuivez dans un but humanitaire.

» Soyez les bienvenus dans notre libre Belgique où vous rencontrerez cette large hospitalité que nous sommes toujours fiers d'exercer à l'égard de tous ceux qui viennent nous apporter le fruit de leurs labeurs pour améliorer le sort de l'humanité.

» S. M. le Roi, s'associant à ces sentiments, a voulu vous donner un témoignage de sa satisfaction, en informant votre bureau, qu'il honorera de sa présence une des séances de votre Congrès.

» Notre Auguste Souverain ne néglige aucune occasion de témoigner sa haute sollicitude en faveur des progrès de la science.

» Récemment encore, le Roi suivait avec intérêt les fêtes du cinquantenaire de notre Académie de médecine.

» Je crois pouvoir vous rappeler, Messieurs, que c'est en Belgique que s'est tenu, il y a quarante ans déjà, le premier Congrès international de Médecine et d'Hygiène. Les résolutions qui ont été votées par ce Congrès, traitant des intérêts généraux de l'hygiène, sont encore debout. Les vœux émis ont été exécutés et nous pouvons affirmer qu'il a été le point de départ d'un ensemble de mesures ayant marqué un progrès dans l'hygiène générale.

» Nous devons nous en féliciter hautement. La médecine préventive, l'application des prescriptions de l'hygiène, nous permettent, en effet, d'éviter les désastres que peuvent produire ces terribles épidémies qui menacent parfois de décimer nos populations.

» Le but du Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique est plus spécial ; des progrès considérables dans ces branches de l'art de guérir ont été réalisés, grâce à la merveilleuse découverte de l'antisepsie.

» Dans les questions qui vont faire l'objet de ce Congrès, elle a permis la réalisation d'opérations importantes qui ont sauvé la vie à des milliers de femmes, de mères de famille ; elle a combattu avec succès la fièvre puerpérale, cette terrible maladie qui, autrefois, faisait tant de victimes, sévissant à l'état de foudroyantes épidémies et se trouvant inconsciemment transportée et répandue par l'accoucheur lui-même.

» La gynécologie a vu son domaine s'étendre et se développer ; l'obstétrique a marché avec précision et sûreté à la conquête de procédés nouveaux.

» Il était utile que ces progrès fussent constatés et il importait de réunir et de grouper les efforts des hommes qui, dans les principaux pays du monde, se sont plus particulièrement occupés de ces questions.

» La Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique a eu l'heureuse idée de prendre l'initiative d'un premier Congrès.

» Aidé des lumières et de l'expérience des savants distingués de tous les pays, il n'y a pas à douter que vos discussions ne soient le point de départ de conquêtes nouvelles pour la science et qu'elles n'exercent une bienfaisante influence pour le bien-être général.

» Je déclare ouverte la première session du Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique ». *(Applaudissements.)*

Sir Spencer Wells *(applaudissements prolongés)* prononce les paroles suivantes :

« It is to me a great honour and a great pleasure to stand here on behalf of my English friends and congratulate the Belgian Society of Gynecology and Obstetrics on the initiating of this first international Congress of the branch of the science and art which is making such rapid progress and to which so many of the colleagues I see around me, have so largely contributed by their works and example. The Congress is truly international for not only is Belgium still widely represented but our transatlantic brethren who have done so much original and valuable work in this special direction are here in considerable numbers. We have distinguished leaders of professional opinion from France, Germany, Austria, Holland, from Switzerland, and Italy, Spain, Portugal, from Russia, Sweden, Norway, Denmark, from Turkey and from the classic land of Greece, all meeting here to renew old friendship and to make acquaintance for the first time with men only known before by their works.

» Such meetings must have a powerful influence for the good of our common profession, for the whole medical profession in its highest and best and most comprehensive sense and for the good of the whole human race.

» What we learn here from each other is carried away and tested perhaps modified and improved, holding fast that which is good, avoiding that which is bad or false and becoming more and more brethren united by a common desire to do all that we can for the health, happiness and prosperity of all nations, this, I am quite sure, is the feeling with which we, in England, wish every possible success to this Congress and to our Belgian colleagues and to the Belgian people ». (*Applaudissements.*)

M. Engelmann (de Saint-Louis, Amérique du Nord) :

« Mr President and Members of the First international Congress of Gynecology and Obstetrics, Ladies and Gentlemen.

» The opening of this Congress mark an era in the history of medical progress — not alone is this the First international Congress of Gynecology and Obstetrics, but it is the First international gathering in which workers in *one* of the many branches, into which the giant stride of modern progress has divided our broad science, have come

together for discussion and for a comparison of thought and experience.

» The Gynecological association of *Great Britain*, and the *American* Gynecological Society have asked their Fellows from other lands to *join with* them in deliberation, but it is due to the national Association of Belgium that this Congress of Gynecology has become an Established fact; it is due to you — Gentlemen of the Belgian Gynecological Association, — that we — from the many lands whose banners you have swung to the breezes — meet here to day, in this Beautiful City of Brussels.

» *To you.* — Gentlemen of the Belgian Gynecological Society, who have inaugurated this movement;

» *To your wise* and liberal *minded sovereign* his Majesty King Leopold the second and to *your broad* minded progressive government, under whose protecting care it has been fostered and developed, I bring *from the* American Gynecological Society expressions of heartiest appreciation and good will, and to the *officers and members* of this *Congress fraternal greeting.*

» The american, the oldest Gynecological Association, bids this new born child, the International Congress- a hearty welcome! And bids you Gentlemen, a good speed in the good work you have undertaken : it is the culminating point in the rapid development of our science which has sprung from the cradle to manhood in a few short decades.

» Of the pioneers who have struck the first wedge, to open the grand field of pelvic and abdominal surgery, there are some yet among us to guide the deliberations of this congress : to these, to the officers and members of this First international Congress of Gynecology and Obstetrics in place of weak words of mine, I present this cable received but a few hours ago from our venerable president :

» The American Gynecological Society sends greeting to the First international Congress of Gynecology and Obstetrics.

» John Byrne.
« President Am. Gyn. Soc.

» In the name of the Gynecologists of our great Western continent, and in the name of their representative Society, I thank you for the honor you have accorded them through me, their humble representative, and I pledge you their hearty concurrence and support of that Association, the American Gynecological Society ». *(Applaudissements.)*

MM. Gusserow (Allemagne), Péan (France), Engström (Finlande), Porro (Italie), Schönberg (Norwège), Vulliet (Suisse), Werstermark (Suède), Pawlaki-Bey (Turquie), Moore-Madden (Irlande), Treub (Hollande), remercient le Comité provisoire au nom de leurs pays respectifs.

M. Rein, pour la Russie, prononce les paroles suivantes :

« Mesdames et Messieurs,

» Hier encore l'obstétrique et la gynécologie n'existaient pas en tant que sciences; nous avions seulement l'art en obstétrique, en gynécologie, rien ou peut s'en faut.

» Aujourd'hui, les connaissances acquises ont grandi et le progrès est devenu tel, que la nécessité d'une réunion internationale s'est imposée.

» Grâce à l'initiative de la Société belge d'Obstétrique et de Gynécologie, la fécondation vient de se faire et nous avons un nouveau-né, qui ne demande qu'à grandir.

» Nous venons saluer cette naissance et applaudir à ce légitime succès.

» Nous sommes simplement fiers en Russie de cette victoire de la gynécologie et de l'obstétrique, parce que nous estimons au plus haut degré dans notre pays ces deux sciences.

» Nous faisons les vœux les plus ardents pour que cette première réunion soit le commencement d'une série ininterrompue qui aura lieu dans tous les pays du monde.

» Merci à vous tous, Messieurs de la Belgique, de cette bonne pensée qui nous réunit ici pour le plus grand bien de la science, de la femme et de l'humanité ». *(Applaudissements.)*

Au nom de la Grèce, M. le professeur Consolas :

« Mesdames, Messieurs et chers Confrères,

» Représentant officiel du gouvernement grec, je suis heureux d'apporter à la première session du Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique mes vœux les plus chaleureux pour son entière réussite, et je souhaite à la nation belge, qu'elle prenne toujours l'initiative de pareilles œuvres ». (*Applaudissements.*)

M. Murdoch Cameron :

« Mr President, Ladies and Gentlemen,

» As deligate from the Glasgow Obstetrical and Gynæcological Society, I beg to offer this Congress greeting and beg leave to express, in the name of the Society I represent, the warmest wishes for the success of this meeting and that it will be only the first of many which will lead to further advancement in Obstetrics and Gynæcology.

» Scotland, in the person of Sir James Simpson, gave the benefit of Chloroforme to the world, and it is to be hoped that we, by meeting together, may only vie with each other in seeking to ameliorate the suffering of those who look to us for relief. Permit me personally to express the warmest thanks for the high honour done me by your committee and to say that if any members should visit Glasgow I shall be delighted to be of any service to them ». (*Applaudissements.*)

M. Kufferath :

« Messieurs,

» La tâche du Comité d'organisation étant terminée, vous avez à procéder à la nomination du Bureau définitif du Congrès. »

M. Mertens (de Gyseghem) :

« Messieurs,

» Je vous propose d'acclamer le Bureau provisoire Bureau définitif. » *(Marques générales d'adhésion et applaudissements.)*

M. Kufferath :

« Permettez-moi, Messieurs, de vous adresser, au nom du Comité d'organisation, nos plus sincères remerciements .

» En conséquence, le bureau définitif est composé comme suit :

Président :	MM. Kufferath.
Vice-présidents :	De Baisieux.
	Fraipont.
	L. Desguin.
	Tournay.
Secrétaire-général :	Jacobs.
Secrétaire-général-adjoint :	Rouffart.
Secrétaires :	Popelin.
	Cittadini.
	Cordemans.
	Keiffer.
	Boulengier.
Trésorier :	Popelin. »

M. Kufferath :

« Messieurs et illustres Confrères,

» Le programme de cette session du Congrès comporte la discussion de trois questions générales : une question d'obstétrique, le *placenta prævia;* une question de gynécologie, les *suppurations pelviennes,* et une question mixte, intéressant en même temps la gynécologie et l'obstétrique, les *grossesses extra-utérines.*

» Nous entendrons émettre et défendre les opinions diverses que comportent les côtés scientifiques et pratiques de ces questions. C'est l'avantage des congrès de permettre à chacun de présenter les arguments qu'il a à faire valoir en faveur de sa manière de voir, à tous de les entendre et de les discuter. Aussi est-il à souhaiter que chacun, avec la liberté la plus absolue, apporte les résultats de son expérience. Plus les discussions seront animées, plus nombreux seront les faits qui viendront les étayer, plus en profiteront la science et l'humanité.

» Il ne m'appartient pas d'empiéter sur les sujets soumis à vos débats. Je tiens cependant à caractériser en quelques mots les progrès qui ont été réalisés dans ces dernières années, progrès qui ont changé la face de l'obstétrique et de la gynécologie et qui en font ce qu'elles sont aujourd'hui.

» Malgré les perfectionnements apportés aux méthodes opératoires, malgré les recherches anatomiques et physiologiques relatives à la grossesse, un fait domine toute l'histoire obstétricale de ces dernières années. Ce fait, c'est l'introduction de la méthode antiseptique dans les accouchements.

» Je n'ai nullement l'intention de refaire devant vous l'histoire de l'antisepsie en obstétrique; ce sujet dépasserait de beaucoup les limites qui me sont assignées.

» Je ne vous entretiendrai que des résultats obtenus dans la fièvre puerpérale à notre clinique. De cette étude sommaire, se dégageront, brillants d'une vive lumière, les bienfaits qui en sont résultés.

» Il ne faut pas remonter bien haut dans les annales des maternités pour retrouver les traces de la fièvre puerpérale et des terribles épidémies qui faisaient de ces asiles des lieux d'horreur. L'histoire de ces épidémies a été faite et refaite, et parmi les plus malheureusement célèbres, je rappellerai celle qui décima Paris en 1858. Un profond sentiment de tristesse se dégage de la lecture des relations de ces calamités, et l'on peut dire, avec Hervieux, « que les épidémies puerpérales sont à la femme ce que la guerre est à l'homme. Comme la guerre, elles moissonnent la partie la plus saine, la plus vaillante, la plus utile

de la population ; comme la guerre, elles frappent les sujets dans la fleur de l'âge et répandent dans les localités qu'elles dévastent, la terreur et la désolation ».

» C'étaient surtout les maternités qui étaient visitées par le terrible fléau. La maladie y était même tellement fréquente, qu'à différentes reprises, il a été question de supprimer ces asiles qui, cependant, au point de vue de la population pauvre, comme au point de vue de l'enseignement, présentent une utilité majeure.

» A Bruxelles, cette expérience a été faite et, pendant l'année 1879, la Maternité, établie à l'hôpital Saint-Jean, fut fermée à la suite d'une épidémie qui venait de s'y déclarer. Les femmes pauvres furent alors placées, aux frais de l'administration, chez les différentes accoucheuses de la ville, et l'accouchement fut pratiqué par des élèves des hôpitaux assistés par les accoucheuses diplômées au service de l'assistance publique.

» Le résultat ne fut pas brillant, et, dès l'année suivante, on établit la nouvelle Maternité, qui existe encore aujourd'hui. C'est surtout de cet établissement que nous nous occuperons.

» A cette époque, les idées qui prédominaient relativement à la propagation de la fièvre puerpérale, faisaient admettre un contagium, un poison, un miasme puerpéral, qui s'établissait dans les locaux affectés aux femmes en couches, se développant sous l'influence de l'encombrement et donnant, suivant le génie épidémique, tantôt des formes légères, sporadiques de fièvre puerpérale, tantôt des formes graves, épidémiques envahissant comme un mauvais esprit l'habitation hospitalière.

» C'est sous l'influence de ces idées que fut établie la Maternité actuelle. On voulut éviter l'accumulation des femmes en couches dans une même salle : on isola donc rigoureusement chaque accouchée, chaque parturiente occupa une chambre séparée. La conclusion était logique : si l'on admettait que plus il y avait de femmes en couches réunies, plus les chances d'infection augmentaient, les grands asiles devaient disparaître et faire place à des établissements ou simplement à des maisons particulières permettant l'isolement. Bien plus, partant toujours de cette idée que c'était la Maternité qui était la cause de l'infection, on s'attacha à établir un roulement qui permit l'évacuation complète des maisons et la désinfection des chambres. Jamais une même maison ne pouvait abriter deux fois de suite les parturientes : quand une maison avait été utilisée, chaque chambre était désinfectée, puis restait libre pendant un temps qui, suivant le nombre des accouchements, variait de quinze jours à trois semaines.

» Toutes les fenêtres de la maison étaient, pendant ce temps, maintenues ouvertes et la désinfection s'achevait d'elle-même sous l'influence de l'oxygène de l'air atmosphérique.

» L'ameublement de chaque chambre était réduit au strict nécessaire. Les rideaux des lits et des fenêtres furent supprimés. Le lit se composait d'un ressort métallique, d'un matelas et d'une paillasse. Celle-ci ne servait qu'une fois et elle était brûlée ensuite, le reste soigneusement désinfecté. Une disposition spéciale d'un foyer ouvert permettait une ventilation active pendant que la chambre était occupée ; on vaporisait pendant plusieurs fois par jour de l'acide phénique ; enfin les déjections des malades étaient transportées hors des maisons, de manière à éviter toute émanation méphitique.

» Les dispositions arrêtées en 1878 existent encore actuellement, et vous pourrez vous convaincre, en allant visiter notre Maternité, des sacrifices considérables qui ont été faits pour assurer une hygiène parfaite de ces locaux.

» Faut-il vous le dire? Les résultats obtenus tout d'abord ne répondirent pas à l'attente, et, pendant les premières années qui suivirent l'installation du nouvel établissement, nous eûmes encore à constater des accidents.

De 1878 à 1880, c'est-à-dire en huit ans, sur un nombre total de 3,272 accouchements faits dans la section de la Maternité réservée aux élèves de l'Université, il y eut 82 cas d'affections puerpérales, dont 29 eurent une issue fatale. Nous avions donc encore, en ce moment, une morbidité de 2,5 p. c., et une mortalité qui atteignait environ 1 p. c.

» Pour bien apprécier la marche de la fièvre puerpérale à la Maternité de Bruxelles, et nous rendre un compte exact de la signification de ces chiffres, il est utile que nous remontions un peu plus haut et que nous examinions ce qu'était cet asile avant l'établissement de l'hospice actuel.

» De 1831 à 1842, la Maternité était établie dans une maison de la rue des Bogards. Je n'ai pu, pour cette époque, établir d'une manière absolument exacte, la statistique des affections puerpérales. Toutefois, d'après les renseignements consignés dans les registres, il paraîtrait qu'en ces douze années, il y eut cinq épidémies (en 1837, en 1838, en 1839, en 1840 et en 1841).

» De la rue des Bogards, la Maternité fut transférée à l'hôpital Saint-Jean, où elle occupa certaines salles jusqu'au commencement de l'année 1877.

» Pendant ces trente-quatre années, 21,397 accouchements furent pratiqués, 1,081 femmes tombèrent malades de fièvre puerpérale.

639 moururent; ce qui correspond à une morbidité moyenne de 4,8 p. c. et à une mortalité de 2,6 p. c.

» Le tableau suivant donne le relevé de la morbidité et de la mortalité survenues pendant ce temps, en regard du nombre des accouchements :

Tableau I.

ANNÉES	Nombre des accouchements	MORBIDITÉ		MORTALITÉ	
		Absolue	Relative	Absolue	Relative
De 1843 à 1853	6806	197	2,9 p. c.	132	1,9 p. c.
De 1853 à 1863	5392	328	5,7 p. c.	277	3,5 p. c.
De 1863 à 1878	9179	561	6 p. c.	230	2,5 p. c.
De 1843 à 1879	21377	1086	4,8 p. c.	639	2,6 p. c.

» Dans la Maternité actuelle, on pratiqua, de 1878 à 1886, 3,272 accouchements avec une morbidité de 2,5 p. c. et mortalité de 0,9 p. c.

» Voici le tableau donnant les relevés de 1878 à 1886 :

Tableau II.

ANNÉES	Nombre des accouchements	MORBIDITÉ		MORTALITÉ	
		Absolue	Relative	Absolue	Relative
1878	291	5	1,7 p.c.	0	—
1879	407	8	2,0 p.c.	3	0,7 p.c.
1880	432	15	3,5 p.c.	7	1,6 p.c.
1881	438	15	3,4 p.c.	6	1,3 p.c.
1882	489	12	2,4 p.c.	2	0,4 p.c.
1883	476	11	2,3 p.c.	4	0,8 p.c.
1884	451	4	0,9 p.c.	4	0,8 p.c.
1885	288	12	4,2 p.c.	3	1,4 p.c.
De 1878 à 1886	3272	82	2,5 p.c.	29	0,9 p.c.

» Cette statistique était plus favorable ; la morbidité était tombée environ à la moitié et la mortalité au tiers. Mais, on n'en constatait pas moins la persistance de la cause première, et l'on sentait toujours la menace du fléau.

» C'est vers la fin de 1885, lorsque j'eus l'honneur d'être nommé définitivement à la direction de l'établissement, que j'introduisis la méthode antiseptique, telle quelle est encore pratiquée aujourd'hui, à quelques détails près. Voici les résultats auxquels nous sommes arrivés dans la section universitaire de la Maternité.

» De 1886 à 1892, 2,716 accouchements furent pratiqués, six femmes seulement tombèrent malades, une seule mourut de septicémie puerpérale.

Tableau III.

ANNÉES	Nombre des accouchements	MORBIDITÉ		MORTALITÉ	
		Absolue	Relative	Absolue	Relative
1886	520	5	0,96 p.c.	1	0,19 p.c.
1887	414	0	—	0	—
1888	423	0	—	0	—
1889	458	0	—	0	—
1890	430	1	0,23 p.c.	0	—
1891	471	0	—	0	—
De 1886 à 1892	2716	6	0,22 p.c.	1	0,03 p.c.

» En négligeant les résultats (tableau II), qui se rapportent à la période intermédiaire où la méthode antiseptique n'était pas encore appliquée d'une manière suivie, et, en comparant la statistique des années 1843 à 1879 avec celle des années 1886-1892 (voir tableaux I et III), nous pouvons résumer les résultats obtenus, en disant que, avant la période de l'antisepsie, sur 10,000 femmes accouchées dans nos maternités, 480 devenaient malades et 260 mouraient, tandis qu'aujourd'hui, le nombre des malades est tombé à 22 et trois femmes seulement succombent dans notre service aux affections puerpérales.

» Telle est la révolution que l'application de l'antisepsie a produite dans le développement de la fièvre puerpérale. Ce sera la gloire de la fin de ce siècle ; ce sera l'honneur de notre génération d'avoir écarté définitivement ce fléau de nos maternités.

» Jusqu'à présent, je ne vous ai cité que des faits, des résultats, certainement remarquables, mais qui laisseraient l'esprit non satisfait, si nous n'en cherchions pas les causes.

» Chaque époque de l'histoire de la médecine a connu une théorie

différente de la production de la fièvre puerpérale, théorie échafaudée plus ou moins laborieusement sur les idées dominantes du moment. Il serait fastidieux de vous rappeler les discussions stériles qui s'éternisaient sur les questions de doctrine, tandis que tant de points importants étaient négligés. La fièvre puerpérale est-elle une affection locale ou générale? Dépend-elle d'une lésion matérielle? Est-ce une maladie inflammatoire ou une fièvre essentielle? Provient-elle de miasmes, et ces miasmes sont-ils telluriques ou atmosphériques? Tour à tour, les partisans de chacune de ces théories voyaient leurs opinions admises, puis rejetées; car il en a été pour la fièvre puerpérale comme pour toutes les grandes questions de la médecine ; ce qui était la vérité un jour devenait erreur le lendemain !

» On a reproché aux médecins cette variabilité souvent excessive. Nous n'y voyons qu'un effort continu pour arriver à la vérité. A travers les siècles, celle-ci creuse un sillon; pas à pas, elle détruit l'erreur; et si nous avons vu, dans ces dernières années, des progrès si étonnants s'accomplir dans le domaine des sciences médicales, c'est que les théories, qui presque toujours couvrent notre ignorance, se désagrègent, tandis que les méthodes positives, l'observation rigoureuse des faits prennent la place de la spéculation et de la doctrine.

» C'est à ce point que nous en sommes arrivés aujourd'hui pour la fièvre puerpérale. Nous savons que la maladie est due à une véritable infection, que cette infection se produit au niveau des plaies provoquées par l'accouchement dans les organes génitaux, et que, de là, elle envahit tout l'organisme. Le poison de la fièvre puerpérale n'est plus un miasme, quelque chose d'intangible, d'impalpable ; nous l'analysons, nous le voyons !

» Sommes-nous arrivés au dernier mot de nos connaissances sur ce sujet? Non! Bien des points demeurent encore obscurs! Sont-ce toujours les mêmes microbes qui produisent la maladie, ou bien varient-ils dans leur manière d'être, dans la manifestation de leurs effets, dans leur virulence ? Agissent-ils par leur présence, leur nombre, ou bien le poison dont ils saturent l'organisme, est-il le résultat de leur activité vitale? Ce vaste champ reste encore inexploré. Nous y semons des hypothèses; mais un fait reste acquis, prouvé, c'est qu'il n'y a pas d'infection sans agent infectieux, et pas de fièvre puerpérale sans microbe.

» C'est cette loi absolue qui est aujourd'hui admise dans l'univers entier. C'est elle qui, en nous révélant les causes des épidémies, nous fournit les moyens efficaces de les prévenir. Aussi voyez quelle transformation : là, où le fléau régnait en maître, semant des

désastres toujours croissants, là, dans les mêmes locaux, dans les mêmes salles, dans les mêmes maternités, les accidents ont disparu.

» Mais je me suis assez étendu sur ce sujet, et vous avez vu combien j'avais raison de louer les bienfaits de l'antisepsie. Ces bienfaits se sont étendus aussi à la sœur plus jeune de l'obstétrique, à la gynécologie. On pourrait même dire que celle-ci a été trop avide. Le développement merveilleux qu'elle a acquis, a peut-être été trop précipité pour ne pas amener quelques troubles dans son évolution. Tel un enfant qui grandit trop vite, voit ses forces péricliter. Le succès assuré par l'antisepsie paraît justifier toutes les hardiesses opératoires. Nous pouvons enlever impunément les organes génitaux, mais il ne faut pas oublier qu'enlever un organe n'est pas toujours guérir.

» La tendance exclusivement opératoire, qui tend à prévaloir dans ces derniers temps en gynécologie, est une erreur qui amènera fatalement une réaction. Il restera toujours assez à enlever si les gynécologues se bornent à attaquer par le couteau, non pas les organes simplement enflammés, mais ceux qui sont détruits, dégénérés ou inaptes à fonctionner. Il n'est que temps que le traitement des affections inflammatoires chroniques devienne plus médical et moins chirurgical.

» Si des excès ont été commis, ils n'en ont cependant pas moins eu une certaine utilité. C'est ainsi que l'anatomie pathologique, la physiologie normale et pathologique ont profité de cette intervention opératoire exagérée pour étudier sur place l'état et le fonctionnement d'organes qui s'étaient jusqu'ici, pour ainsi dire, dérobés aux investigations de la science.

» Messieurs, je termine.

» Nous sommes tous ici animés du désir de bien faire et préoccupés de trouver la solution des problèmes importants qui sont soumis à nos débats. Nos discussions seront empreintes, je n'en doute pas, de ce cachet de grandeur que seule peut donner la recherche impartiale de la vérité.

» Puisse cette première session du Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique être fructueuse au point de vue de la science et de l'humanité ».

La séance est levée à quatre heures.

Son Excellence M. le Ministre, accompagnée des membres du Bureau, se rend à l'Exposition internationale d'Instruments, où Elle est reçue par M. G. Claesen, directeur, et dont Elle fait officiellement l'ouverture.

DÉLÉGATIONS OFFICIELLES.

Ont été officiellement délégués à la 1re session du Congrès international périodique de Gynécologie et d'Obstétrique :

MM. Westermark et Schonberg, par le gouvernement suédois et norwégien.
La Torre, par le gouvernement italien.
Stadfeld et Howitz, par le gouvernement danois.
de Cortejarena, par le gouvernement espagnol.
Consolas, par le gouvernement grec.
Salih Bey, Bessim Omer Effendi et Pawlaky Bey, par le gouvernement turc.
H.-O. Marcey, J. Price, H. Kelly, T.-A. Reamy, C. Boislinière, J.-H. Etheridge, R. Battey, Wm. Thompson, par le gouvernement de Washington.

MM. Granville Bantock, Robert Barnes et A.-R. Simpson, par la British Gynœcological Society.
Slawiansky, de Ott et Fischer, par la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de St-Pétersbourg.
Engelman et Edebohls, par l'American Gynœcological Society.
L.-Mc-Murty et C.-L. Reed, par l'Association américaine des Gynécologues et Obstétriciens.
de Cortejarena, par l'Académie royale de médecine et la Société de Gynécologie d'Espagne.
Treub, par l'Association néerlandaise pour l'avancement des sciences médicales.
Rein et Kraskowsky, par la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Kiew.
Porak et Verrier, par la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris.

MM. J. Home, W. Kidd, Moore Madden et J. Smily, par la Royal Academy of medecine of Ireland.

da Silva Jones, par la Société de Sciences médicales de Lisbonne.

Murdoch Cameron, par la Société Gynécologique et Obstétricale de Glascow.

Sneguireff, Inoëws et Goubarow, par la Société Obstétricale et Gynécologique de Moscou.

PRÉSIDENTS D'HONNEUR :

BELGIQUE

MM. les professeurs :

Charles, Liége.
Deroubaix, Bruxelles.
Hyernaux, Bruxelles.
Hubert, Louvain.
Pigeolet, Bruxelles.
Sacré, Bruxelles.
Soupart, Gand.
Thiry, Bruxelles.
Thiriar, Bruxelles.
Vancauwenberghe, Gand.
Von Winiwarter, Liége.

SUISSE

MM. les professeurs :

Fehling, Bâle.
Muller, P., Berne.
Reverdin, J.-L., Genève.
Vuillet, Genève.

FRANCE

MM. les professeurs :

Budin, Paris.
Demons, Bordeaux.
Fochier, Lyon.
Gaulard, Lyon.
Grynfelt, Montpellier.
Laroyenne, Lyon.
Hergott, Nancy.
Lefour, Bordeaux.
Péan, Paris.
Pinard, Paris.
Tarnier, Paris.

ANGLETERRE

MM. les professeurs :

Champneys.
Elder, G.
Galabin.
Gervis.
Granville Bantock.
Knowsley Thornton.
Playfair.
Priestley.
Spencer, Herbert.
Spencer Wells.
Watt Black.
Williams, John.
White, J.
Cameron, M.
Wallace.
Keith, Th.
Berry Hart.
Robert Barnes.
Moore Madden.
Macan.

ALLEMAGNE

MM. les professeurs :

Ehrendorfer, Innsbruck.
Gusserow, Berlin.
Hegar, Freiburg.
Léopold, Dresde.
Martin, A., Berlin.
Sänger, M., Leipzig.
Schultze, Jena.
Veit, Bonn.
Winckel, Münich.

AUTRICHE

MM. les professeurs :

Albert, E., Vienne.
Chroback, Vienne.
Kizinosky, Budapest.
Pawlick, Prague.

AMÉRIQUE

MM. les professeurs :

Battey, R., Rome (Georgia).
Baker, (Harvard).
Byford, H.-F., Chicago.
Emmet, Th.-A., New-York.
Engelmann, G.-J., Saint-Louis.
Fenger, C., Chicago.
Gaillard, Thomas, New-York.
Goodell, W., Philadelphie.
Jaggard, W.-W., Chicago.
Kelly, H.-A., Baltimore.
Lusk, W., New-York.
Parvin, Th., Philadelphie.
Reamy, Ph.-A., Cincinnati.
Ross. Jas. F. Wm. (Canada) Toronto.

RUSSIE

MM. les professeurs :

Jastrebow, N.-W, Varsovie.
Makeiew, A.-M., Moscou.
Phenomenoff. N.-N., Kazan.
Rein, G.-E., Kiew.
Slawiansky, Saint-Pétersbourg.
Sneguireff, V.-F., Moscou.
Tolotchinow, N.-Ph., Karkow.

ITALIE

MM. les professeurs :

Dantana, Naples.
Duvante, Rome.
Mangiagalli, Milan.
Pasquali (Rome).
Morisani, Naples.
Porro, Milan.
Ruggi, Bologne.

ESPAGNE

MM. les professeurs :

Bonet, Joacquin, Barcelone.
del Busto, A., marquis del Busto, Madrid.
Rubio Frederico, Madrid.
Chacon, A.-Fernandes, Madrid.

HOLLANDE

MM. les professeurs :

Stokvis, B., Amsterdam.
Treub, H., Leiden.

PORTUGAL

MM. les professeurs :

Ferreiro de Mattos, Junior, Coïmbra.
de Mascarenhas, A.-P. Lisbonne.
Sonto, A.-A., Porto.

FINLANDE

MM. les professeurs :

Engstrom, O., de Helsingfors.

Heinricius, G., Helsingfors.

Pippingsköld, J., Helsingfors (décédé).

SUÈDE

MM. les professeurs :

Netzel, Stockholm.

Salin, M., Stockholm.

NORWÈGE

MM. les professeurs :

Schonberg, E., Christiania.

Vogt, H., Bergen.

DANEMARCK

M. le professeur :

Stadfeldt, Copenhague.

GRÈCE

M. le professeur :

Consolas, Athènes.

ROUMANIE

M. le professeur :

Draghiesco.



Congrès périodique international de Gynécologie et d'Obstétrique.

MEMBRES FONDATEURS :

Albert, professeur à l'Université, Autriche (Vienne) 7. Maximilian platz, IX.

Auvard, accoucheur des hôpitaux, France (Paris), rue de la Boëtie, 58.

Baker, W.-H. professor of Gynecology Harvard University, Amérique (Boston), 22, Mount Vernon street. (Massachusetts).

Boldt, H.-J., prof. de gynécologie à la Post Graduate Medical school, New-York, gynécologue à l'hôpital de St. Mark, à la policlinique allemande de New-York, Amérique (New-York), 51, West 52[d] street.

Byford, H., professeur de gynécologie in Chicago Post graduate-School; gynécologue à l'hôpital des femmes et à l'hôpital St-Luke, Amérique (Chicago-Illinois), 3001, Calumet Avenue.

Cittadini, Lucien, Belgique (Bruxelles), 198, rue de la Loi.

Cordemans, médecin-adjoint des hôpitaux de Bruxelles, Belgique (Bruxelles), rue de la Montagne, 25.

Debaisieux, Th., chirurgien des hôpitaux, professeur à l'Université de Louvain, Belgique (Louvain), rue Léopold, 14.

de Ott, Dmitri, professeur de gynécologie, vice-président de la Société de gynécologie de Saint-Pétersbourg, Russie (Saint-Pétersbourg), 26, perspective de Zagorodnogy.

Descamps, J., chirurgien des hôpitaux civils, Belgique (Mons), rue des Telliers, 6.

Desguin, Léon, chirurgien des hôpitaux civils, Belgique (Anvers), rue Léopold.

Dewandre, chirurgien des hôpitaux, Belgique (Anvers), rue du Ciel, 20.

Dewees W.-B., Amérique, Salina (Kansas).

Doyen, France (Reims), 5, rue Cotta.

Dudley, Amérique, Chicago.

Edebohls, G.-M., gynecologist to the St.-Francis Hosp., New-York, fellow of the Americ. gynec. Soc; of the New-York obstetr. Society; of the New-York academy of medecine; of the New-York pathological Society, New-York, Amérique.

Engelmann, J.-G., professor of diseases of women, Missouri medical college and S.-Louis Post graduate school of medecine, Amérique (Saint-Louis), Locust street, 3003.

Engstrom, Otto, professeur extraordinaire, Finlande (Helsingfors), N., Esplanadgatan, 31.

Etheridge, professeur de gynécologie in Bush medical college et policlinique de Chicago, Amérique (Chicago), 1634, Michigan avenue.

Fenger, C., prof. chirurgie in college of Phisicians and Surgeons of Chicago, prof. chirurgie in Chicago policlinic, chirurgien des hôpitaux. Amérique (Illinois), Chicago, 269, Lasalle Avenue.

Gehrung, E.-C. président de la Société obst. et gynécol. de Saint-Louis, Amérique (Saint-Louis), 2215, Olive street.

Goodell, Th.. Amérique (Philadelphie), 1418, Spruce street.

Griffith, J.-D. Amérique (Kansas-City-Missouri).

Henrotin F. prof. de gynéc. in policlinic of Chicago, chirurgien in Alexian Brothers hospital, etc., Amérique (Chicago), Lasalle avenue, 353.

Hubert, professeur d'obstétrique à l'Université de Louvain, Belgique (Louvain), rue Léopold, 13.

Jacobs, C., agrégé à l'Université, professeur de gynécologie à la Policlinique de Brux., Belgique (Brux.), 12, rue des Petits-Carmes.

Jaggard, W. prof. of Obstetrics Chicago medical college, Amérique (Chicago), 2910, Indiana avenue.

Kellog, J.-H. Amérique (Michigan), Battle creek.

Kocks, J., docent à l'Université de Bonn), Allemagne (Bonn a/R.), Kronprinzenstrasse, 4.

Koeberlé, E. Allemagne (Alsace), (Strasbourg).

Kufferath, professeur d'obstétrique à l'Université de Bruxelles, Belgique (Bruxelles), rue Joseph II, 20.

Lauwers, E., Belgique (Courtrai), rue de Buda, 21.

Loin, adjoint à la Maternité de Bruxelles, Belgique (Bruxelles), rue des Fabriques.

Lusk, W.-Th., profess. of obstetrics and dis. of women. Bellevue hospital, medical college, 47, East, 34th street, New-York city. Amérique.

Martin, A., privat-docent, Allemagne (Berlin), Alexander Ufer, 1.

Mendes de Léon, M.-A., privat-docent, Hollande (Amsterdam), Sarphate straat, 1h.

Murphy, J.-B. professor of Surgery Chicago Post Graduate medical school, Amérique (Chicago), 44, Throopstreet.

Parvin, Th. profess. d'obstétrique et gynécologie in Jefferson medical college, Amérique (Philadelphie), 1626, Spruce street

Péan, membre de l'Académie de médecine, chirurgien des hôpitaux, France (Paris), 24, boulevard Malesherbes.

Popelin, F., Belgique (Bruxelles), 14, Vieille-Halle-aux-Blés.

Porro, Edoardo, senatore del regno, direttore della siccola di ostetricia in Milano, Italie (Milan), 31, via Francesco Sforza.

Putnam, Jacobi, Marie, professeur de Gynécologie au collège de New-York., Amérique. 110 West 34th street (New-York).

Rein, G. professeur à l'Université impériale, Russie (Kiew).

Ross, J.-F.-W. Fellow of the British Gynecological Society, of american association Gyn. and Obst., of Edinburgh Obstetr. Society. — Gynecologist to the Toronto Hospitals for Women. — Lecturer in Gynecology women's medical college of Toronto, Amérique, 481. Sherborne street (Toronto-Canada).

Rouffart, chirurgien-adjoint des hôpitaux de Bruxelles, agrégé suppléant à l'Université, Belgique (Bruxelles), boulevard du Régent.

Ruggi, G., Italie, (Bologne), 16, via Barberia.

Segond, P., France (Paris), 11, quai d'Orsay.

Slawianski, professeur d'obstétrique et gynécologie à l'Académie Impériale de médecine de Saint-Pétersbourg, Russie (Saint-Pétersbourg), rue Liteinaia, 24.

Skene, A.-J.-C., professor of diseases of womem, Long Island medical college, 167, Clinton street, Brooklyn (Amérique).

de Strauch M., Russie (Moscou), Maroseika, Kosmodamjanski perenlokdom, Tschernowakwartira 32.

Hackett Stephenson Sarah, professeur d'obstétrique au collège médical des femmes, Amérique (Chicago).

Treub, H., professeur à l'Université, Hollande (Leiden).

Van Cauwenberghe, membre de l'Académie royale de Belgique, professeur d'obstétrique à l'Université de Gand, Belgique (Gand), 5, Nouvelle rue du Casino.

von Winckel, Professor, geheimer Medicinalrath, Allemagne (Munich), 16a Sonnenstrasse.

Wood, J.-C., professeur of Diseases of Women Homeopathic department of Ann Arbor University, Amérique (Ann Arbor-Michigan), 66, South, 4th street.

1re SESSION. — BRUXELLES 1892.

MEMBRES PARTICIPANTS :

Allard, Léon, Belgique (Charleroi), 3, rue de Montigny.

Arnould, J., professeur à la Maternité, Belgique (Namur), rue des Brasseurs.

Apostoli, France (Paris), 5, rue Molière.

Bantock, Granville, Angleterre (Londres), 12, Granville place. Portman square.

Bar, France (Paris), 4, rue Saint-Florentin.

Barnes, Robert, président honoraire de la British gynœc. Soc., Angleterre (Londres), 7, Queen Anne street.

Basset, interne des hôpitaux, France (Paris), Maternité.

Baudouin, Marcel, rédacteur en chef des Archives provinciales de chirurgie, France (Paris), 14, boulevard St-Germain.

Baudron, interne des hôpitaux, France (Paris), 200, faubourg St Denis.

Baumgärtner, Medicinalrath-chef de l'hôpital civil, Allemagne, Baden, (Baden-Baden), 3, Ludwig-Wilhem platz.

Bayens, Belgique (Berchem-lez-Anvers), rue Saint-Hubert.

Benington, R.-Cr., Angleterre (New-castle-on-Tine), 59, Osborne road.

Benckiser, A., Chefarzt d. gynœk. Abth. d. Ludwig-Wilhelm Krankenheim, Allemagne, (Karlsruhe, Baden).

Berry Hart, Ecosse (Edinburgh), 29, Charlotte square.

Bessim Omer Effendi, professeur à la Faculté, Turquie (Constantinople).

Bétrix, Suisse (Genève), rue du Rhône.

Beverley, M., chirurgien de l'hôpital Norfolk et Norwich, Angleterre (Norwich), 54, Prince of Wales road.

Bibot, A., Belgique (Namur) boulevard Frère-Orban, 6.

Blondez, Belgique (Leuze).

Bock, Belgique, (Bruxelles), rue de l'Hôpital.

Boëns, H., Belgique (Bruxelles), 5, rue Traversière.

Boisleux, France (Paris), 58, rue de l'Arcade.

Bonneville, Belgique (Bruxelles), rue Prévinaire, 28, Anderlecht.

Borlée, professeur émérite de chirurgie et ophthalmologie de l'Université de Liége, Belgique (Bruxelles), 3, avenue Louise.

Bossi, L.-M., professeur d'obstétrique, Italie (Gênes).

Bouilly, G., chirurgien des hôpitaux, France (Paris), 32, avenue Montaigne.

Boursier, A., prof. agrégé à la faculté de Bordeaux, France (Bordeaux), 7, rue Thiac.

Brès, M., officier de l'instruction publique, France (Paris), rue Boisy d'Anglas, 45.

Brewis, N.-T., secretary of Edinburgh obstetrical society, Ecosse (Edinbourg), 25, Rutland street.

Bruwier, A., Belgique (Ichteghem).

Budin, France (Paris), 129, boulevard Saint-Germain.

Buys, Belgique, (Bruxelles), rue de la Braie, 14.

Calderin Pedro, Espagne (Madrid), Calle del Padro, 15.

Caldnell, W. S., chirurgien à l'hôpital de Treeport, Etats-Unis (Treeport).

Cameron, Murdoch, Ecosse (Glasgow), 7, Newton-Terrace.

Candela, Espagne (Valence).

Carlier, V., prof. agrégé à la faculté, 16, rue des Jardins, Lille.

Carpentier, chef des travaux anatomiques à la faculté de médecine de Lille, France (Lille), rue Solferino.

Carpentier, E., professeur à l'Université de Bruxelles, Belgique (Brux.), 35, rue Ducale.

Chanoine, Jules, Belgique (Wasmes).

Chambrelent, professeur agrégé à Bordeaux, France (Talence, Gironde).

Champneys, Fr.-H., Angleterre (Londres), 60, Great Cumberland place, Hyde Park.

Charles, N., chirurgien-directeur de la Maternité, Belgique (Liége), rue Hors-Château, 34.

Charlier, Belgique (Bruxelles), rue de la Cuiller, 4.

Charpentier, professeur agrégé, membre de l'Académie, France (Paris), rue Miroménil, 66.

Chroback, R., profes. à l'Université, Autriche (Vienne), Frankgasse, 6. IX.

Collignon, Belgique (Bruxelles), rue des Chevaliers.

Comyns Leech, Angleterre (Dorset), The Lindens, Sturminster, Newton.

Consolas, professeur d'obstétrique et de gynécologie, Grèce (Athènes).

Cordes, Suisse (Genève), rue Bellot, 12.

de Cortejarena, Fr., membre de l'Académie royale de médecine, professeur de gynécologie, vice-président de la Société de gynécologie, Espagne (Madrid), Calle del Florin, 8.

Crocq, J., professeur à l'Université de Bruxelles, Belgique (Bruxelles), rue Royale, 138.

Crouzat, professeur d'obstétrique, France (Toulouse), 9, rue de Sénéchal.

Cullingworth, Ch.-J., Angleterre (Londres), 46, Brookstreet, Grosvenor square.

Danion, France (Paris), place Delaborde, 12.

da Sylva Jones, G. M., directeur du Correio médico, chirurgien des hôpitaux Portugal (Lisbonne), 194, rue Augusta.

Davis, W.-E.-B., Amérique (Birmingham, Alabama).

De Bie, Belgique (Vieux-Dieu).

De Brissy, A., Belgique (Mons), 4, rue de Naast.

Defeld, G.-C.-G., médecin-adjoint à l'état civil, Belgique (Liége), boulevard de la Constitution, 39.

Deghilage, E., conseiller provincial, Belgique (Mons), rue des Gades, 4.

Delagenière, H., France (Le Mans), Sarthe, 16, rue de la Préfecture.

Delcroix, A., Belgique (Bruxelles), 75, rue Potagère.

Deletrez, A., Belgique (Bruxelles), rue de la Charité, 3.

Delie, Belgique (Ypres), place de la gare.

Delineau, France (Paris), boulevard Richard-Lenoir, 20.

De Lostalot, France, Salies de Béarn (Basses-Pyrénées).

De Moor, Ch.-J., chirurgien de l'hôpital civil, président de la Commission médicale locale, Belgique (Alost), place Impériale.

Depage, A., agrégé suppléant à l'Université, chirurgien-adjoint des hôpitaux, Belgique (Bruxelles), rue de l'Esplanade, 8.

Deruytter, A. (Belgique), Varssenaere, lez-Bruges.

Desmet, Ed., professeur à l'Université, professeur de clinique aux hôpitaux, président de la faculté de médecine, Belgique (Bruxelles), 14, rue des Petits-Carmes.

Desmeth, J.-H., Belgique (Bruxelles), 115, boulevard de Waterloo.

De Windt, J., Belgique (Alost), rue Neuve.

Dieudonné, A., Belgique (Louvain), rue des Orphelins, 47.

Doran Alban, H.-G., associé du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre, vice-président de la Obstétrical Society of London, Angleterre (Londres), 9, Granville place, Portman square.

Dorff, Belgique (Bruxelles), 67, avenue de la Toison d'or.

Dragiesco, D. professeur d'obstétrique à la faculté de Bukarest, Roumanie (Bukarest), 31, Strada Pensionatu.

Dumont, A., Belgique (Bruxelles), 77, chaussée de Charleroi.

Duret, professeur de clinique chirurgicale, France (Lille), boulevard Vauban, 9.

Elder, G., chirurgien an Samaritan hospital, Angleterre (Nottingham), 17, Regenstreet.

Ehrendorfer, E., professor, Autriche (Insbrück, Tirol), Rudolphstrasse, 4.

Ekstein, E., frauenarzt, Autriche (Teplitz), Mühlstrasse, 37.

Eustache, professeur de la faculté de Lille, France (Lille), 124, rue Jacquemars, Giélée.

Everard, J., Belgique (Bruxelles), rue Souveraine, 118.

Faucon, V., professeur de la faculté catholique, France (Lille), rue Royale, 26.

Félix, Belgique (Bruxelles), 10, rue Marie-de-Bourgogne.

Fenomenoff, professeur à l'Université, Russie (Kazan).

Fochier, professeur d'obstétrique à la faculté de médecine de Lyon, France (Lyon).

Fournel, Ch., médecin de l'assistance publique, France (Paris), rue Sainte-Anne, 65.

Fraipont, F., professeur à l'Université, Belgique (Liége), rue d'Archis, 26.

Francotte, professeur d'embryologie à l'Université, Belgique (Bruxelles), 64, rue Gillon.

Franta, assistant de la clinique obstétricale, Bohême (Prague).

Fredericq, Simon, Belgique (Gand), rue Courte-du-Marais, 19.

Galatchinoff, Russie (Moscou).

Gallet, chirurgien-adjoint des hôpitaux, agrégé à l'Université, Belgique (Brux.), boulevard du Hainaut, 151.

Gardner, Amérique (Montréal), Union Avenue, 109.

Gautier, France (Paris), 7bis, rue du Louvre.

Gellé, ancien interne des hôpitaux de Paris, France (Provins).

Gervis, H., médecin consultant à Saint-Thomas, hosp. et maternité, Angleterre (Londres), 40, Harley street, Cavendish square.

Gibbons, Angleterre (Londres), Cadogan street, 29.

Gillion, chirurgien de l'hôpital civil de Saint-Gilles, Belgique (Bruxelles), 50, rue de Munich.

Godart, F., Belgique (Bruxelles).

Godart, J., Belgique (Châtelet).

Goddyn, Belgique (Gand), boulevard Frère-Orban, 25.

Gottschalk, Frauenartz Allemagne (Berlin), Steglitzerstrasse, 49.

Goubaroff, A., Russie (Moscou), Université.

Gouilloud, P., France (Lyon), 7, quai Tilsitt.

Gross, professeur à la faculté, France (Nancy), 25, rue Isabey.

Groulard, J., Belgique (Verviers), rue Gérard-Champs.

Guermonprez, professeur à l'Université catholique, France (Lille), 132, rue Nationale.

Gusserow, A., professeur à l'Université, Allemagne (Berlin), Roonstrasse, 4.

Gutierrez, E., Espagne (Madrid), 36. 1, Valverde.

Halbertsma, professeur à l'Université, (Pays-Bas), Utrecht.

Harajewis, L., Russie (Cracovie).

Hartmann, H., chirurgien des hôpitaux, France (Paris), 80, rue Miromesnil.

Hauben, professeur à l'Université de Bruxelles, Belgique (Brux.), boulevard de Waterloo, 40.

Hegar, Geheimrath und Professor, Allemagne (Freiburg in Baden).

Heinricius, professeur à l'Université d'Helsingfors, Finlande (Helsingfors).

Hendrix, L., Belgique (Bruxelles), 14, rue Montoyer.

Henrotay, Belgique, Petit-Rechain.

Hergott, F.-J., professeur honoraire de la faculté de médecine, associé de de l'Académie de médecine, France, (Nancy), rue Stanislas, 68.

Herman, G.-E., Angleterre (Londres), 20, Harley street.

Heyder, Allemagne (Cologne), 7, Helenenstrasse.

Heywood Smith, Angleterre (Londres), 18, Harley street, Cavendish Square, W.

Hirsh, A.-B., Amérique (Philadelphie), 1730, Girard avenue.

Houzel, membre correspondant de la Société de chirurgie, France (Boulogne-sur-Mer), rue des Vieillards, 4.

Huybrechts, Th., médecin de l'hôpital St-Jean et Elisabeth, Belgique (Bruxelles), rue des Fabriques, 61.

Ista Joseph, Belgique (Ciney), place du Progrès, 1.

Jacobs, J., médecin honoraire des hôpitaux civils. Belgique (Bruxelles), 28, rue de Ursulines.

Jastrebow, N., professeur à l'Université de Varsovie, Russie (Varsovie).

Javaux, A., Belgique (Bruxelles), 65, rue des Plantes.

Joris, Belgique (Bruxelles), rue des Alexiens.

Keiffer, Belgique (Bruxelles), rue de Loxum, 13.

Kelly, H.-A., professor of gynecology and obstetrics in the John Hopkins University, Amérique (Baltimore), 905, N. Charles street.

Kérmazgky, Tivadar, Hongrie (Budapest).

Klein, I., Allemagne (Strasbourg), rue du Temple neuf 5[1].

Kraskowsky, A., professeur à l'Université, Russie (Kiew). Irininskaja, 8.

Kummer, E., privat-docent, chirurgien à l'hôpital Butini, Suisse (Genève), 8, Corraterie.

Landau, M., Belgique (Bruxelles), 14, Vieille-Halle-aux-Blés.

Lahaise, H., Belgique (Tournai), quai Saint-Brice, 24.

Laroyenne, professeur à la faculté de médecine, France (Lyon), rue Boissac.

Laruelle, Belgique (Bruxelles), 79, rue Marie-Thérèse.

La Torre, professeur de gynécologie, Italie (Rome), 3, via xx septembre.

Laurent, O, Belgique (Bruxelles), 141, boulevard du Hainaut.

Lavisé, R., chirurgien des hôpitaux, Belgique (Bruxelles), rue des Deux-Eglises, 7.

Lebec, E., chirurgien à l'hôpital Saint Joseph, France (Paris), rue du Bac, 97.

Lebedeff, Alexis, professeur d'obstétrique et gynécologie à l'Académie de médecine, Russie (St-Pétersbourg), rue Troitzkaïa, 36-3.

Lebrun, E., médecin de l'hospice Fernand Kegelyan, Belgique(Namur), place Saint-Aubain, 5.

Lefour, R., professeur à la faculté de médecine, France (Bordeaux), rue Duffour Dubergier, 11.

Legay, C., France (Lille), rue Saint-Jacques, 21.

Lenaers, médecin-adjoint des hôpitaux de Bruxelles, rue du Gentilhomme, 20.

Leprévost, chirurgien de l'hôpital général du Havre, France (Le Havre), rue Séry, 31.

Leyen-Decker, P.-J., Amérique (New-York).

Liébart, A., assistant à la clinique obstétricale, Belgique (Gand), boulevard Frère-Orban, 23.

Liebner, professeur, Autriche (Trieste).

Limbourg, F., Belgique (Bruxelles), 167, rue Wayez.

Limbourg, H., Belgique (Bruxelles), 169, rue Wayez.

Limnander, prof., Suède (Upsala).

Lintermans, V., Belgique (Seneffe).

Loontjens, Belgique (Bruxelles), rue des Foulons, 21.

Lust, A., Belgique (Bruxelles), 93, rue des Palais.

Lust, E., Belgique (Bruxelles), 51, rue Traversière.

Macan, Angleterre (Dublin), Merrion square, 53.

Malengreau, F., Belgique (St-Ghislain).

Mangiagalli, professeur d'obstétrique et gynécologie, Italie (Milan).

Manhieu, T., Belgique (Bruxelles), 12, rue du Trône.

Marcy, H.-O.. Amérique. Boston (Massachusetts).

Marié, P., France (Paris), 1, rue de Stockholm.

Mars, A,, professeur d'obstétrique et gynécologie à l'Université de Cracovie, Autriche (Cracovie), 19, rue Szpitalna.

Martin, E., président de la Fédération médicale belge et de la Caisse de pension du corps médical belge, Belgique (Brux.), rue de Ligne, 15.

Massin, Vasili, Russie (Saint-Pétersbourg), Institut impérial de médecine expérimentale.

Massirew.

Mathieu, médecin des prisons, Belgique (Bruxelles), 12, rue du Trône.

Maunoury, G., chirurgien de l'hôpital de Chartres, France (Chartres), place du Théâtre.

Mercier, L., Belgique (Bruxelles), 22, rue de l'Arbre-Bénit.

Mertens, Belgique (Gyseghem).

Mills, A., Belgique (Bruxelles), boulevard Bischoffsheim, 25.

Mironoff, privat docent, Russie (Charkow).

Moerloose, maitresse sage-femme, Belgique (Brux.), rue du Béguinage, 5.

Monprofit, professeur à l'école de médecine, France (Angers, Maine et Loire), rue de la Préfecture.

More Madden, Th., obstetric physician and gynec. Mater-Misericordia Hospital, Angleterre (Dublin), 55, Merrion square.

Moreau, C., docteur en sciences naturelles, chirurgien à l'hôpital civil, Belgique (Charleroi), rue Gendarmerie, 6.

Morjan.

Mosher, G.-M., adjuvet to chair obstetrics Kansas city medical College, Amérique, 1634, Summil street (Kansas city).

Motte, Belgique (Dinant).

Muller, C.-J., Belgique (Anvers, 20, rue Willems.

Murtry, L.-S.-Mc., prof. of gynecology in the hospital college of medecine of Louisville, Fellow of the American association of obstetr. and gynec., etc., Amérique (Louisville, Kentucky), 231, West Chestnut street.

Myers, W.-H., Fort Wayne, Indiana.

Nachtel, H., France (Paris), 3, rue Scribe.

Neutkens, Marie, maitresse sage-femme, Belgique (Bruxelles), 5, rue du Béguinage.

Newton, H.-W., F. L. P. S. — L. M. — L. A. C. — F. S. S., Angleterre (Newcastle-on-Tyne), 2, Ellison place.

Nisot, ancien interne des hôpitaux de Paris, France (Paris), 18, rue Fléchier.

Nisot, H.-E., Belgique (Bruxelles), 6, rue Sans-Souci.

Nitot, France (Paris), 18, rue de Provence.

Nivert, ancien médecin de l'hôpital de Tours, France (Paris), 22, rue Bayard.

Nyhoff, G.-C., Pays-Bas (Amsterdam), 711, Prinsengracht.

Odenthal, W., Allemagne, Bergisch-Gladbach, b/Köln.

Pamard, France (Avignon).

Pasquali, E., professeur à l'Université, Italie (Rome), 9, via Condotti.

Pasquier, A., Belgique (Châtelet), rue du Calvaire.

Pawlacki Fenerly Bey, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique, Ecole impériale de médecine, Turquie (Constantinople).

Pawlick, C., professeur d'obstétrique et gynécologie, Bohême (Prague), 22, Ovocna ulice.

Petit, P., France (Paris), 30, rue Racine.

Pichevin, chef des travaux gynécologiques à la clinique chirurgicale de l'hôpital Necker, France (Paris), 18, rue Caumartin.

Piepers, Hollande (La Haye), Noordeinde, 124.

Pigeolet, professeur honoraire, Belgique (Bruxelles), rue Royale.

Pinard, prof. de clinique obstétricale à la faculté de Paris, France (Paris), 11, rue Roquépine.

Pittarelli, E., directeur municipal d'hygiène, Italie (Campochiara). (Molise).

Planellas, Espagne (Barcelone), 219, Cortés.

Poirier, professeur à la faculté de médecine, France (Paris), 7, rue de l'Ecole de Médecine.

Poncelet, chirurgien-adjoint des hôpitaux, Belgique (Bruxelles), Place de Ninove, 1.

Porak, accoucheur des hôpitaux, secrétaire de la Société d'obstétrique et gynécologie de Paris, France (Paris), 142, boulevard Saint-Germain

Prégaldino, chirurgien-adjoint des hôpitaux civils, Belgique (Gand), chaus. d'Anvers, 7.

Prétorius, A., Belgique (Anvers), 104, rue d'Argile.

Priestley, W. O., professeur d'obstétrique au King's College, consulting physician to King's College hospital, Angleterre (Mayfair), 17, Hertford street.

Prochownick, Allemagne (Hamburg), 33, Ernstmerkstrasse.

Prostes Pinheiro Maria Bordallo, chirurgien des hôpitaux, Portugal (Lisbonne).

Queirel, membre correspondant de l'Académie de médecine, chirurgien en chef de la Maternité, France (Marseille), 20, rue Grignon.

Quintin, Belgique (Leuze-lez-Tournay)

Ribot, Belgique (Namur), boulevard Frère-Orban.

Richelot, L. G., chirurgien à l'hôpital Tenon, France (Paris), 32, rue de Penthièvre.

Rochet, chirurgien des hôpitaux d'Anvers, Belgique (Anvers), 87, rue Van Dyck.

Rondeau, J., Belgique (Morlanwelz), 78, rue des Ecoles.

Ronth, C.-H., Angleterre (Londres), 52, Montagne square, Hyde park.

Rosenthal, Thérèse, France (Paris), 108, rue d'Assas.

Roura, Espagne (Barcelonne).

Rousseau, Belgique (Bruxelles), rue des Sols.

Rueter, Allemagne (Hambourg).

Sacré, professeur à l'Université, chirurgien des hôpitaux, Belgique (Bruxelles), 136, rue Royale.

Salih Bey, major, Turquie (Constantinople).

Sänger, M., professeur de gynécologie à l'Université, Allemagne (Leipzig), 16, Lindenstrasse.

Sauhmann, Belgique (Bruxelles), 4, rue du Luxembourg.

Savas, Belgique (Bruxelles), 25, rue du Nord.

Schonberg, professeur de gynécologie et d'obstétrique, directeur de la clinique obstétricale à l'Université de Christiania, Norwège (Christiania).

Schultze, D. S., professeur, Geheimer hofrath, Allemagne (Jena), Smierstrasse, 3.

Simon, A., Belgique (Bruxelles), 108, rue Haute.

Sneguireff, W., professeur à l'Université de Moscou, Russie (Moscou), Université.

Soupart, F., sénateur, professeur émérite, Belgique (Gand).

Spencer Herbert, assist-professor of midwifery in University College, Angleterre (Londres), 10, Mansfield street.

Spencer Wells, M., Baronet, Angleterre (Londres), 3, affer Grosvenor street.

Spruigfeld, Allemagne (Aix-la-Chapelle) Jesuiten strasse, 7.

Stadfeldt, professeur à l'Université de Copenhague, Danemark (Copenhague), 23, Amaliegade.

Stobbaerts, V., Belgiqne (Bruxelles), 23, rue Watteeu.

Stouffs, chirurgien à l'hôpital civil, Belgique (Nivelles), rue de Charleroi.

Stratz, Java (Batavia).

Strauwen, H., Belgique (Auderghem),

Swisser, H., Belgique (Bruxelles), 45, rue Lefrancq.

Tarnier, professeur de clinique obstétricale, (France) Paris, 15, rue Duphot.

Thiriar, professeur à l'Université de Bruxelles, chirurgien des hôpitaux, Belgique (Bruxelles), 4, rue d'Egmont.

Thompson, J., Belgique (Bruxelles), 14, rue d'Egmont.

Toison, professeur suppléant à la faculté libre de Lille, France (Douai), 11, rue Clocher Saint-Pierre.

Tournay, agrégé suppléant à l'Université, chef de service à la maternité, Belgique (Bruxelles), 28, boulevard de Waterloo.

Torngrem, A., docent d'obstétrique Finlande (Helsingfors).

Traill, G., ancien chef de clinique chirurgicale à la faculté de Lille, France (Lille), 18, Place Philippe-le-Bon.

Travers, W., Angleterre (Londres), 2, Phillimore gardens.

Turgard, ancien chef de clinique obstétricale, France (Lille), 9, rue Masurel.

Urbain, A., Belgique (La Bouverie).

Vallin, professeur à la faculté de Lille, France (Lille), rue Inkermann, 12.

Van Aubel, assistant à l'Université, Belgique (Liége), rue Louvrex, 107.

Vancampenhout, chirurgien-adjoint des hôpitaux, Belgique (Bruxelles), 21, rue des Comédiens.

Van Dam, A., chef de service honoraire des hôpitaux de Bruxelles, médecin de la maison du Roi, Belgique (Bruxelles), 45, rue du Trône.

Vanderwey, professeur, Hollande (Amsterdam), 88, Kloolniersburgwal

Vander Ghinst, Belgique (Bruges), 23, rue Saint-Jacques.

Van Dooremaal, J.-C., Pays-Bas (La Haye.

Van Haech, Belgique (Bruxelles), rue Van Bemmel, 2.

Van Hassel, Belgique (Pâturages).

Van Leynseele, chirurgien-adjoint à la maternité. Belgique (Bruxelles), rue Saint-Michel, 37.

Velleman, Belgique (Bruxelles), 35, rue du Champ-de-Mars.

Verhoogen, J., Belgique (Bruxelles), 14, place du Samedi.

Verchère, chef de clinique à la Charité, France (Paris), 101, rue du Bac.

Verhoef, Belgique (Bruges), place Memlinck, 4.

Verrier, E., ancien préparateur du cours d'accouchement à la faculté de Paris, trésorier-archiviste de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, France (Paris), 14, rue Cardinal Lemoine.

Vince, Belgique (Bruxelles), 30, rue de Berlin.

von Winiwarter, professeur à l'Université de Liége, Belgique (Liége), 33, rue Sainte-Véronique.

Vuillet, professeur à la faculté de médecine, Suisse (Genève), quai du Mont-Blanc, 7.

Walravens, A., Belgique (Hal), rue du Lundi, 4.

Walton, Alb., Belgique (Bruxelles), 38, rue de Stassart.

Warnots, professeur à l'Université, chirurgien des hôpitaux, Belgique (Bruxelles), 58, boulv.de Waterloo.

Watt Black, J., Angleterre (Londres), 63, Brook street. Grosvenor square.

Westermark, agrégé, Suède (Stockholm).

Willems, assistant à l'Université, chirurgien-adjoint des hôpitaux, Belgique (Gand), 30, rue Longue-des-Pierres.

William, J., Angleterre (Londres), 63, Brook street.

Willocx, Belgique (Bruxelles), 143, rue des Palais.

Wimmer, Belgique (Bruxelles), 69, rue du Commerce.

Ziembicki, G., chirurgien en chef de l'hôpital général, Autriche (Lemberg).



SÉANCE DU JEUDI 15 SEPTEMBRE 1892

10 HEURES DU MATIN

Présidence de M. le Dr PÉAN

DES SUPPPURATIONS PELVIENNES

Rapport de M. le Dr P. SEGOND, de Paris.

Messieurs, l'étude si actuelle des *suppurations pelviennes* soulève les questions les plus variées. Leur classification, la nature et le mode de progression des agents infectieux qui les engendrent, le siège exact de leur localisation, leurs caractères anatomo-pathologiques, leur évolution clinique et leur diagnose parfois si délicate sont, en effet, autant de chapitres qui méritent l'attention. Toutefois, sous l'impulsion des progrès de la gynécologie opératoire, il est certain que la thérapeutique de ces lésions complexes est aujourd'hui devenue l'objectif principal de nos recherches; et, si j'ai bien compris la mission que vous m'avez fait le grand honneur de me confier, j'imagine que l'étude du traitement doit constituer la partie dominante, sinon unique de mon rapport. C'est tout au moins dans cet esprit que je l'ai rédigé. J'ajouterai même que, sans rien négliger pour vous résumer dans tout son ensemble l'état actuel de ce grand chapitre de chirurgie féminine, j'ai cependant cru raisonnable de passer rapidement sur les questions de pratique opératoire dont la mise au point m'a paru définitive, pour accorder surtout mon attention à celles qui partagent encore nombre d'entre nous.

C'est vous dire qu'en abordant l'étude des cas graves de suppurations pelviennes qui, sans revendication possible de la *gynécologie médico-chirurgicale conservatrice,* réclament la vraie chirurgie, je ne craindrai pas de défendre à nouveau la cause de l'hystérectomie vaginale. Je n'ignore

pas qu'en agissant ainsi je m'expose à justifier les craintes de deux de mes compatriotes. Je viens de lire, en effet, dans le dernier numéro des *Annales d'Obstétrique et de Gynécologie*, qu'aux yeux de mes amis Doléris (1) et Pozzi (2), mon choix comme rapporteur était regrettable et que, résumée par moi, la question des suppurations pelviennes risquait fort de ne point susciter « de très intéressants débats ». Ce pronostic peu rassurant n'a pas été, vous le pensez bien, sans me causer les plus vives alarmes. Mais, à la réflexion, je me suis laissé aller à penser que, dans leur sollicitude extrême pour l'intérêt de nos débats, Doléris et Pozzi s'étaient peut-être exagéré les choses ; je me suis même permis de croire que les raisons pour lesquelles mes deux collègues auraient souhaité mon élimination étaient précisément celles qui m'avaient valu le privilège si précieux d'être choisi par notre comité d'organisation, et la confiance m'est ainsi revenue. Je vais donc, sans autre préoccupation que mon très vif désir de vous satisfaire, m'efforcer de remplir pour le mieux la tâche que vous m'avez confiée.

Tout d'abord, que devons-nous entendre par *suppurations pelviennes?* Sous cette dénomination fort amplexive, on doit sans doute comprendre tous les états pathologiques caractérisés par la présence du pus dans le pelvis de la femme; et, prenant, je suppose, le *siège* primitivement extra ou intra-péritonéal des collections purulentes comme caractère différentiel, on peut, à l'exemple de Jacobs (3), en dresser un tableau général complet. Je crois cependant qu'il est préférable de simplifier un peu moins, et qu'il est en particulier nécessaire de distinguer les suppurations pelviennes qu'on pourrait dire *secondaires* de celles qui sont *primitives.*

Celles-ci correspondent aux collections péri-utérines proprement dites. Elles ont pour point de départ un processus inflammatoire siégeant, soit dans les *annexes*, soit dans le *péritoine pelvien*, soit dans le *tissu cellulaire* péri-utérin, les classifications basées sur la localisation intra ou extra-péritonéale du pus leur conviennent absolument, et c'est aux collections de cette nature qu'on devrait, me semble-t-il, réserver d'une manière exclusive la dénomination de *suppurations pelviennes proprement dites.* Je ne ferai d'exception qu'en faveur de l'*hématocèle suppurée*, dont le diagnostic différentiel est parfois tellement ardu qu'il devient pour

(1) Doléris. Le Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie de Bruxelles. *Nouv. arch. d'obstétr. et de gynéc.*, n° 8, 25 août 1892, p. 398.

(2) Pozzi. Cité par Doléris. *Nouv. arch. d'obstétr. et de gynéc.*, n° 8, 25 août 1892, p. 401.

(3) Jacobs. *Bull. de la Soc. belge de Gynéc.*, 1891, n°s 6 et 7, p. 169.

ainsi dire impossible de savoir si la suppuration est primitive ou consécutive à l'épanchement sanguin.

Tout autres sont les collections purulentes développées à l'*intérieur* ou bien *autour* d'une tumeur préexistante. Celle-ci peut être un *kyste*, un *fibrôme*, voire même un *cancer* de l'utérus ou une *grossesse ectopique*, peu importe ; le cas n'en reste pas moins spécial, et les *suppurations intra* ou *péri-néoplasiques* observées dans ces conditions veulent être envisagées séparément. Leur étude peut être d'ailleurs assez rapide, car, au point de vue de leur traitement, je n'aurai guère de divergences à relever. En effet, si l'on excepte certains cas rares de *kystes suppurés* du ligament large, qu'il est peut-être avantageux de traiter par incision simple ; si l'on excepte encore certaines *collections purulentes secondaires*, qu'il est parfois prudent d'évacuer avant de songer à l'ablation des tumeurs qui les accompagnent, on peut dire, d'une manière générale, qu'en présence d'une femme atteinte à la fois de suppuration et de tumeur abdominale, la *laparotomie* est bien, pour tous les chirurgiens, l'opération de choix.

Toutefois, plusieurs faits de ma pratique en témoignent très nettement, il faut savoir que, dans ce premier groupe de faits, l'hystérectomie vaginale peut aussi bien que dans les suppurations pelviennes proprement dites, trouver des indications nettes et rendre les plus éclatants services. Je ne parle pas seulement ici des cas bien rares de *cancers utérins compliqués de suppurations pelviennes;* il est clair que l'hystérectomie vaginale est la seule opération qui leur convienne. Ce que je veux surtout établir, c'est que la même opération est encore très souvent l'opération de choix, lorsque la suppuration s'observe chez des femmes atteintes de fibrômes de gros volume, à la seule condition que ce volume ne soit pas excessif et que la limite supérieure de l'utérus ou des fibrômes ne dépasse pas le niveau de l'ombilic (1).

---

(1) La valeur de l'hystérectomie dans l'ablation des fibrômes pelviens est, en général, assez mal connue. Nombre de chirurgiens pensent, en effet, que la voie vaginale ne permet que l'ablation des fibrômes de petit ou de moyen volume. C'est, à mon avis, une erreur, et j'estime, au contraire, que l'ablation des fibrômes par hystérectomie est une opération merveilleuse, qui permet de s'attaquer avec succès à toute masse fibreuse utérine ou péri-utérine, dont les limites supérieures ne dépassent pas le niveau de l'ombilic. *A fortiori*, l'hystérectomie est-elle bien la seule opération sûre et rationnelle en cas de petits fibrômes et lorsque la sécurité de son manuel opératoire sera bien connue, personne, j'en suis convaincu, ne sera plus tenté de croire avec Pozzi et ses deux élèves, Charrier et Cazenave (*Gaz. méd. de Paris*, 10 sept. 1892, p. 33), que l'hystérectomie pratiquée pour enlever des fibrômes répondant au « type métri-

Ces premières considérations posées, j'en arrive aux *suppurations pelviennes proprement dites.* Ici encore, et toujours pour ne pas parler que du traitement, il est, à la vérité, nombre de points de pratique sur lesquels on ne discute plus. Mais combien d'autres restent litigieux? Je sais bien qu'il y a des principes généraux sur lesquels chacun s'entend, ou à peu près. On reconnaît, par exemple, « que la thérapeutique des affections des annexes est étroitement solidaire de celle des affections de l'utérus, comme ces affections elles-mêmes sont solidaires de celles de la matrice », et que, « d'une façon générale, les grandes interventions chirurgicales doivent être réservées autant que possibles pour les formes chroniques ». Rien de plus juste que ces deux axiomes récemment invoqués par Le Dentu (1). Mais les textes de loi les meilleurs ne sont pas tout, et s'il est naturel d'en accepter la signification générale, il ne s'ensuit pas que leur interprétation soit toujours fort aisée. Et cela, parce qu'il nous faut à chaque pas compter, soit avec les difficultés indiscutables que nous réserve la juste appréciation des cas particuliers, soit avec les tendances variées des chirurgiens les plus consciencieux.

Chacun peut juger de ce que j'avance en parcourant nos publications récentes. Qu'il s'agisse d'élucider le *diagnostic* des suppurations pelviennes ou de déterminer la part qu'il convient de faire à leur *thérapeutique conservatrice;* qu'il s'agisse de se prononcer sur *les indications d'une chirurgie plus radicale* ou sur *le choix de l'intervention la meilleure*, les opinions les plus diverses se croisent aussitôt et, dans ces conditions, il devient assez délicat de toujours savoir où est la vérité. Je crois cependant qu'en se garant avec soin des idées trop absolues, on peut assez bien préciser les choses, et, pour ma part, voici les conclusions

---

tique » de Pozzi, constitue une opération « d'une gravité tout à fait disproportionnée avec l'affection », alors que l'ablation des annexes par laparotomie a pour elle tous les avantages. Bref, et tout en me réservant de publier plus tard les observations qui le démontrent, je tiens à dire ici que lorsque les fibrômes réclament une intervention sanglante, ce qui est, suivant une remarque récente de Doléris (*Ass. franç. pour l'avancement des sciences.* Session de Pau. Séance du 10 septembre 1892), plus fréquent que ne le pensent nombre de médecins, l'hystérectomie doit être considérée comme l'opération de choix, aussi bien que pour les fibrômes du ligament large, à la condition qu'ils ne dépassent pas les dimensions précitées. C'est dire implicitement qu'à mes yeux *le morcellement par voie vaginale est destiné, dans un grand nombre de cas, à remplacer très avantageusement la castration ovarienne.*

(1) Le Dentu. Du traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus. *Gaz. des hôp.*, 27 février 1892.

générales auxquelles mon expérience et mes lectures m'ont peu à peu rallié.

En premier lieu, il doit être bien entendu que, dans le traitement des suppurations pelviennes, les *interventions graves comme la laparotomie ou l'hystérectomie seront toujours scrupuleusement réservées aux femmes chez lesquelles il est manifestement impossible de se contenter d'une chirurgie plus conservatrice, soit qu'on ait la conscience d'en avoir épuisé les ressources, soit que l'urgence du cas particulier défende toute temporisation.* Je m'excuse presque de souligner un précepte aussi formel; mais l'insistance, souvent trop significative, avec laquelle on l'a réédité ces derniers temps, et le désir d'éviter tout malentendu m'en ont démontré la nécessité.

En rappelant les droits imprescriptibles de la *thérapeutique prudente et conservatrice,* je n'entends certes pas faire le moindre retour vers l'expectation systématique ou résignée, mais déplorable de nos anciens maîtres. Je veux simplement témoigner de mes tendances personnelles, et montrer en particulier que, d'accord avec les chirurgiens qui protestent contre les opérations excessives, j'estime qu'on doit tout mettre en œuvre pour en limiter sévèrement les indications. A plus forte raison doit-on s'efforcer d'en prévenir la nécessité, si je puis ainsi dire, et je crois qu'à cet égard on ne saurait trop insister sur l'influence salutaire d'une *thérapeutique utérine bien dirigée,* c'est-à-dire « conduite avec rigueur et ténacité à partir du premier moment où des signes d'infection apparaissent dans l'appareil génital ». Doléris (1) l'a spécifié très justement, et je pense avec lui que l'*antisepsie vaginale,* le *curettage,* la *dilatation large* et le *drainage de l'utérus* sont, au point de vue préventif, des armes toutes puissantes. *Il n'est pas douteux qu'en sachant bien les manier, on pourrait diminuer de beaucoup le nombre des cas justiciables des grandes opérations.*

Est-ce à dire qu'il faille, en présence d'une suppuration péri-utérine avérée, raisonner de la même manière et préconiser l'*emploi systématique des méthodes indirectes*, qui permettent d'obtenir l'*évacuation du pus par voie utérine?* Je ne le crois pas. Non point que je mette en doute les faits démontrant l'efficacité de la méthode de Walton : je les conteste si peu qu'à mon avis on a presque le devoir d'essayer toujours cette méthode à la période initiale des pyo-salpingites, lorsque le volume de la tumeur n'est pas trop considérable, lorsque le péril n'est pas trop imminent, et surtout lorsqu'il reste un doute sur la nature du contenu

(1) Doléris. Thérapeutique conservatrice dans la salpingo-ovarite. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, n° du 25 mars 1892, p. 161.

de la poche, ce qui n'est point rare. Mais c'est tout ce que l'on peut dire, et j'estime qu'il y aurait péril à généraliser davantage. Bref, les indications de la méthode de Walton sont, à mon sens, exceptionnelles dans le traitement des suppurations pelviennes avérées ; et, pour peu que les désordres péri-utérins aient quelque importance, il est souvent plus prudent de faire d'emblée de la chirurgie directe que de risquer un curettage préalable.

La part du *traitement prophylactique* et de la *thérapeutique indirecte* des abcès péri-utérins étant ainsi tracée, nous restons en présence de la chirurgie opératoire proprement dite, dont il faut étudier les formes et les indications. Quant à la nécessité d'intervenir chirurgicalement toutes les fois qu'il y a du pus autour de l'utérus, j'imagine qu'elle n'est plus à démontrer. Peut-être quelques rares adeptes du traitement médical quand même pensent-ils encore le contraire. Mais je ne crois pas que leur opinion mérite discussion, et j'estime que dans le cas particulier les tampons à perpétuité, comme tous les autres modes de traitement inspirés par l'expectation systématique, ne méritent pas plus de confiance ou d'estime que la tendance aux opérations trop hâtives. Qu'on use du traitement médical quand on peut s'en contenter, rien de mieux ; mais il n'en faut point abuser, et lorsqu'il y a du pus dans le bassin, la vraie sagesse et la vraie prudence, c'est d'opérer à temps.

Deux méthodes fort distinctes se trouvent ici en présence : L'une se propose d'obtenir la guérison par simple évacuation du pus ; l'autre, plus radicale, réalise à la fois cette évacuation et la suppression plus ou moins complète du foyer générateur du mal. Je ne voudrais en aucune façon contester les avantages de la première manière de faire. Elle trouve ses indications fort nettes dans certains cas particuliers ; et, lorsqu'on se trouve, par exemple, en présence d'une *collection purulente qui s'est d'elle-même rapprochée d'un point accessible*, c'est-à-dire de la paroi abdominale ou des culs-de-sac vaginaux, il est clair qu'on n'a pas à discuter le choix de l'intervention. Il faut d'abord *inciser* et *drainer*, quitte à *agir plus tard sur la lésion causale*. Mais, si nombreuses que soient les voies proposées pour permettre l'incision simple des collections pelviennes, je ne crois pas qu'on y trouve autre chose qu'une *méthode d'exception*. C'est qu'en effet, pour qu'on soit autorisé à inciser un abcès pelvien, il ne suffit pas que l'incision soit possible, il faut encore et surtout qu'elle soit rationnelle et suffisante. Or, si l'on excepte les *collections phlegmoneuses récentes* et certaines *hématocèles suppurées*, dont l'incision constitue l'unique méthode de traitement raisonnable, nous trouverons tout au plus comme justiciables du même procédé les quelques *rares variétés d'abcès pelviens d'origine*

ovaro-salpingienne dont Bouilly a dernièrement spécifié les caractères. Sur ce point je ne pense donc pas qu'il y ait matière à longues discussions.

Je dois cependant rappeler que Laroyenne et son élève Goullioud accordent aux indications de l'évacuation par voie vaginale une extension beaucoup plus grande. Goullioud (1), prétend, en effet, que par la méthode de Laroyenne « on peut mener à bien tous les cas de suppuration pelvienne non tuberculeuse ». Il trouve en outre, qu'on « récuse bien à tort à la voie vaginale la possibilité de permettre l'incision de plusieurs collections superposées ». Enfin, sa confiance est telle que, « quelle que soit la complexité des cas », il est persuadé « que l'on peut arriver quelquefois par des débridements successifs au drainage de tous les foyers et à la guérison définitive ».

Faudrait-il donc souscrire à cette série d'affirmations? Je pense résolument le contraire, et, comme l'ont déjà fait observer Terrier (2), Bouilly (3) et plusieurs autres chirurgiens, j'estime qu'on s'exposerait aux plus sérieux mécomptes en accordant un crédit aussi excessif à l'incision vaginale, quel que soit son manuel opératoire. Bouilly (4) a du reste très nettement résumé ses indications : « tumeur accessible par le vagin, poche unique peu épaisse, uniformément ramollie et fluctuante, lésion unilatérale. Le tout chez des sujets fébricitants ou épuisés », qu'il serait dangereux de soumettre à une opération plus importante. C'est bien là tout ce qu'on peut concéder et, par conséquent, malgré les assertions inverses de Laroyenne et de Goullioud, il faut conclure avec Bouilly que les indications de l'incision vaginale resteront toujours exceptionnelles.

Quant à la *valeur intrinsèque des procédés* conseillés pour atteindre le pus dans le pelvis, je ne crois pas qu'il soit non plus très difficile de la déterminer. Ils sont à la vérité fort nombreux; et, sans même parler de la *ponction simple, qu'on doit, à mon sens, toujours déconseiller*, ici comme en beaucoup d'autres circonstances, nous avons encore à juger les divers modes de l'incision, suivant qu'elle procède par *voie vaginale, rectale, sacro-coccygienne, périnéale, inguino-sous-péritonéale* ou *pariétale* proprement dite. Mais, suivant la juste remarque de S. Bonnet (5),

(1) Goullioud. *Arch. de toc.*, 1891, pp. 562, 700, 788 et 801.

(2) Terrier. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 514.

(3) Bouilly. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 510.

(4) Bouilly. De l'ouverture par la voie vaginale des collections purulentes salpingées et ovariennes. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 503.

(5) S. Bonnet. Traitement chirurgical des suppurations pelviennes. *Gaz. des hôp.*, n° du 16 janv. 1892, p. 57).

malgré les quelques succès qui les justifient, tous les procédés compris dans cette liste sont passibles de la même réflexion : « Ils ne peuvent être généralisés », et leur utilité ne se mesure qu'au « nombre restreint de cas particuliers auxquels chacun d'eux peut répondre ».

Le fait est évident pour les *incisions pariétales simples*. Leurs indications particulières sont les mêmes pour tous les chirurgiens, et, que l'incision soit *hypogastrique, iliaque, inguinale, crurale* ou *fessière,* elle n'est jamais que l'application particulière d'une loi fort élémentaire : on donne issue au pus dans la région où il est venu pointer de lui-même. Bref, on traite la collection pelvienne comme un abcès vulgaire, et rien n'est plus légitime. Mais il y a plus, et dans la série des procédés en question il en est plusieurs qui peuvent être jugés beaucoup plus sommairement ; ce sont les incisions par voie *rectale, périnéale* et *sacro-coccygienne.*

Pour les premiers, point d'hésitation possible ; et malgré l'opinion inverse de Byford (1), *toute évacuation opératoire d'un abcès pelvien par voie rectale est sûrement une mauvaise opération.* Pour les *interventions sacro-coccygienne* ou *périnéale* que certains chirurgiens (2) semblent préconiser depuis quelque temps à la suite de Wiedow (3), d'Hégar (4), de Otto Zuckerkandl (5), de Wölfler (6) et de Sänger (7), il est peut-être sage de surseoir à leur jugement définitif. Toutefois, on peut observer dès maintenant que, de l'aveu même de leurs défenseurs, les indications de ces incisions complexes semblent singulièrement exceptionnelles, et, pour ma part, quels que soient les enseignements de l'avenir, je ne crois pas qu'ils soient jamais de nature à nous faire préférer les larges débridements que nécessitent la *périnéotomie* ou la *résection sacro-coccygienne* aux conditions vraiment si parfaites dans lesquelles nous placent *la laparotomie* ou *l'intervention par les voies naturelles.* Tout compte fait, les deux seuls procédés de la méthode évacuatrice pure qui soient susceptibles d'une certaine généralisation sont *l'incision par voie inguino-sous-péritonéale* et *l'incision par voie vaginale.*

---

(1) Byford. *Am. Journ. of Obstetr.*, 1880, p. 425.

(2) Pierre Delbet. De la voie sacro-coccygienne. *Annales de gynec.*, n° de nov. 1890, p. 373.

(3) Wiedow *Berlin. klin Woch.*, 11 mars 1889, p. 202.

(4) Hegar et Kaltenbach. *Traité de gynécologie opératoire*, trad. française de Paul Bar, Paris, 1885, p. 465.

(5) Otto Zuckerkandl. *Wien. med. Woch.*, 1889, et Zuckerkandl *Wien. med. Woch.*, 1889, n° 14.

(6) Wölfler.. *Wien. med Woch.*, n° 15.

(7) Sænger. *Arch. f. Gyn.* Bd XXXVII, heft. 1, p. 100.

L'évacuation par voie inguino-sous-péritonéale s'adressant aussi bien aux collections à *plastron abdominal* qu'aux *abcès plus profonds,* dont l'accès exige un décollement sous-péritonéal plus ou moins étendu, il s'ensuit qu'au point de vue de l'opération nécessaire, on doit s'attendre à tous les intermédiaires qui peuvent séparer le *débridement le plus banal* de la *laparotomie sous-péritonéale* telle que la comprend Pozzi (1). Quant à *l'évacuation par voie vaginale,* elle présente *deux variétés* principales, suivant qu'elle s'exécute avec ou sans ouverture du péritoine. Mais dans le premier cas, alors même qu'on prend le soin de suturer à la plaie vaginale les bords de l'incision faite à la poche non adhérente qu'on a voulu atteindre par cette voie, je crois l'intervention passible des plus graves objections. La seule *incision vaginale* recommandable est celle qui permet l'évacuation du pus *sans ouverture du péritoine,* ainsi qu'il arrive pour les *abcès pelviens* proprement dits et pour les *pyo-salpingites adhérentes.* Dans ces conditions, son manuel opératoire ne présente aucune difficulté. Le cul-de-sac vaginal étant mis à découvert par des écarteurs appropriés, il suffit d'inciser droit devant soi et je ne crois pas du tout qu'il soit nécessaire de recourir à l'instrumentation spéciale imaginée par Laroyenne (2). Avec une pince pour fixer l'utérus, des écarteurs pour y voir ou décoller les tissus, un bistouri et ses doigts, on a largement tout ce qu'il faut pour bien faire et même pour très bien faire.

Si la méthode d'*évacuation par incision simple* doit rester limitée dans ses applications possibles, il en est tout autrement pour les deux grandes opérations que je dois maintenant juger, et je ne crois pas avoir à rappeler comment la *laparotomie* et l'*hystérectomie* constituent, dans la majorité des cas, le traitement de choix des suppurations.

Pour la *laparotomie,* la démonstration n'est plus à faire. Il est, en effet, de notoriété courante qu'elle sait répondre à toutes les indications ; et, si le traitement des *suppurations intra-péritonéales enkystées libres ou peu adhérentes* constitue son triomphe indiscutable, elle n'est pas moins capable de donner des succès merveilleux dans les circonstances beaucoup plus complexes qui s'observent en cas de *pyo-salpingites adhérentes,* de *pelvipéritonite,* d'*hématocèle suppurée* ou de *suppurations mixtes* à la fois intra et sous-péritonéales.

Pour l'*hystérectomie,* c'est-à-dire pour l'opération de Péan, l'accord est loin d'être aussi parfait, et peu de questions ont eu le secret de

---

(1) S. Pozzi. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 14 avril 1886.

(2) Laroyenne. *Lyon médical*, 21 février 1883. — Ed. Blanc. De l'inflammation péri-utérine chronique. *T . Doct.*, Lyon, 1887. — Goullioud. *Loc. cit.* et *Congrès français de chir.*, 4e session, Paris, 1889, p. 692.

susciter polémique plus violente ; on a même avancé qu'elle avait eu les honneurs du *pamphlet* (1) ce qui est peut-être beaucoup dire ! En tous cas, si l'on en croyait les assertions de quelques-uns de ses adversaires, assertions qui, soit dit en passant, semblent d'autant plus formelles que leurs signataires ont moins d'expérience personnelle, l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes devrait être à jamais condamnée, ou peu s'en faut. Pour les uns, c'est une intervention « aveugle et brutale », un « recul de la chirurgie française » (2), ou bien encore « un produit plus ou moins inavoué d'erreurs de diagnostic parfois grossières » (3). D'autres, perdant toute mesure, s'en prennent aux hystérectomistes eux-mêmes, et, paraît-il, « devant une nouvelle hystérectomie à commettre », leur délicatesse professionnelle, à jamais éteinte, n'éprouve plus l'ombre d'une « perplexité » (4), etc., etc. J'en passe et des meilleures.

L'avenir de l'hystérectomie serait-il donc à ce point compromis ? Non certes. Et pour s'en convaincre, il suffit de mesurer, sans parti pris (5) le chemin parcouru depuis le jour où j'ai pris la défense de

---

(1) Léon Cochez. De la thérapeutique conservatrice dans les inflammations pelviennes. *Th. Doct.*, Paris, 1892.

(2) H. Coh. Cité par Hartmann. *Revue des sciences pures et appliquées*, 1891, p. 547.

(3) Pichevin. A propos de la castration utérine. *Médecine moderne*, n° 10, décembre 1891, p. 848.

(4) Doléris. Trop de mutilations inutiles... pas assez de chirurgie conservatrice. *Nouv. arch. d'obstr. et de gynéc.*, n° du 25 juillet 1891, p. 378.

(5) Ce n'est point sans raison que je me permets d'insister sur la nécessité de juger la question sans *parti pris*. Sans doute, dans le procès qu'on nous intente, tout ce qui est déclamation pure ou insinuation plus ou moins malveillante sur nos prétendus excès opératoires, ne saurait trouver sérieux crédit, et je crois plus correct de laisser sans riposte les arguments trop voisins de l'invective. Mais, en revanche, il me paraît indispensable de mettre ceux qui doivent nous juger, en garde très attentive contre certaines affirmations qui, pour être sincères, ne sont pas moins fausses. Je ne parle point ici des protestations personnelles de tel ou tel de nos adversaires. Qu'elles soient ou non motivées, personne n'a le droit de contester leur valeur documentaire. Ce que je veux dénoncer à la méfiance de ceux qui n'ont point encore leur opinion faite, c'est la partialité trop mal déguisée de certains écrits dont la mission unique devrait être cependant de montrer sans parti pris l'état actuel de la question. Qu'on lise, par exemple, la thèse récente de Cochez *(Loc. cit.)* et bien vite on sera fixé. Nos arguments ne valent même plus qu'on s'attarde à les critiquer, et « pour être édifié, il suffit de se reporter à la discussion de la Société de chirurgie ». On le voit, c'est simple, clair et net. Par malheur, c'est parfaitement inexact, et

de l'opération de Péan (1) devant la Société de chirurgie. A cette époque (2) je possédais seul (3) les documents voulus pour aborder la discussion et du reste, parmi mes collègues, j'étais alors seul partisan convaincu de l'opération nouvelle. Ma tâche était donc assez difficile, je m'attaquais à l'ablation des annexes par laparotomie, je voulais arracher à cette opération si justement renommée une partie de son domaine, je me permettais de lui contester son omnipotence, c'était là tentative bien osée. Et cependant je n'ai eu qu'à me féliciter de mon initiative, car dans la réponse qui a terminé cette première discussion, j'ai déjà pu dire que l'opération nouvelle avait désormais tous les droits d'une intervention rationnelle (4).

Peu après, nos adversaires ont sans doute multiplié leurs objec-

---

si M. Cochez a d'ailleurs le droit indiscutable de défendre ses opinions personnelles ou celles de ses maitres, il ne possède en aucune manière celui d'interpréter à son profit des textes qui lui sont en réalité contraires. Ceci soit dit aussi bien pour M. Cochez que pour tous ceux qui procèdent de la même manière. La vérité vraie, c'est qu'en lisant sans combativité tout ce qui a été publié jusqu'à ce jour sur l'opération de Péan on est, en effet, très vite « édifié », mais, dans un tout autre sens que celui dont parle M. Cochez. On ne s'étonnera donc point qu'il nous paraisse indispensable de crier gare, lorsque nos adversaires, cédant au désir naturel, mais quelque peu arbitraire, de faire croire à notre défaite, trouvent commode, ou concluant, d'oublier ce qui les gêne et de tout nous contester sans autre examen.

(1) Dans sa dernière communication au Congrès français de chirurgie (*5e session. Paris*, 1891. — *Séance du 1er avril, p.* 234), Doyen (de Reims) a soulevé une question de priorité qu'il importe de réduire à sa juste valeur. Le 3 décembre 1887, il a, dit-il, pratiqué avec succès et de propos délibéré l'hystérectomie vaginale dans un cas de métrite chronique compliquée de suppuration pelvienne. « Les deux ovaires gros comme une mandarine et purulents furent enlevés au cours de l'opération ». Dans son travail sur l'hystérectomie, Secheyron (*Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie.* Paris, 1889, p. 600, 601, 608, 609 et 783) prend note de cette observation, sans préciser la date de l'intervention, et publie plus loin les trois premières hystérectomies pratiquées par Péan dans les mêmes conditions, le 12 décembre 1887, le 2 juin et le 30 août 1888. On doit donc féliciter M. Doyen de son heureuse initiative : mais il est évident que l'extrait de baptême de l'opération de Péan ne doit subir de ce chef aucune espèce de rectification. Que Doyen ait pratiqué la première hystérectomie pour guérir une suppuration pelvienne, ce n'est que justice de le retenir, mais pour avoir un droit de paternité quelconque sur *la méthode*, il aurait dû le revendiquer avant les premières communications de Péan et c'est précisément ce qu'il a négligé de faire.

(2) Paul Segond. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 153.

(3) Paul Segond. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 727.

(4) Paul Segond. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, p. 236.

tions, et dans les publications successives de Pozzi (1), de Le Dentu (2) de Doléris (3), pour ne mentionner que les principales, rien n'a été négligé pour accumuler les arguments destinés à nous perdre. Mais, encore une fois, je ne vois pas que la campagne menée contre nous ait réussi. Tout ce qui s'écrit, se dit, ou se passe, le démontre.

L'hystérectomie reste partout à l'ordre du jour. Ce rapport en est la preuve. Pas un de ses premiers adeptes ne manque à l'appel et l'opération de Péan peut opposer maintenant aux critiques de ses adversaires, les arguments les plus sérieux. J'en veux pour témoignage non seulement les publications du promoteur de la méthode qui depuis ses premiers travaux (4) n'a pas manqué, par sa plume ou celle de ses assistants (5), d'insister sur la proportion croissante de ses succès, mais aussi les communications concluantes de Reclus (6), de Terrillon (7), de Richelot (8) et de Quénu (9).

---

(1) Pozzi. Le traitement des suppurations pelviennes et des lésions inflammatoires des annexes par l'hystérectomie vaginale. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, n° du 18 avril 1891, p. 186. — S. Pozzi et E. Baudron. Quelques faits pour servir à la discussion sur le traitement des inflammations des annexes par la laparotomie ou l'hystérectomie. *Revue de chirurgie*, août 1891, p. 622.

(2) Le Dentu. Du traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus. *Gaz des hôp.*, n° du 27 février 1892.

(3) Doléris. L'autre voie. A propos de l'hystérectomie par la méthode Péan-Segond dans les inflammations pelviennes. *Nouv. arch. d'obst. et de gynéc.*, n° du 25 mai 1891, p. 209. — Trop de mutilations inutiles... pas assez de gynécologie conservatrice. *Ibid.*, n° du 25 juillet 1891, p. 378; n° du 25 août 1891, p. 400. — De la thérapeutique conservatrice dans les salpingo-ovarites. *Ibid.*, n° du 25 décembre 1891, p. 600; n° du 25 janvier 1892, p. 33; n° du 25 avril 1892, p. 209.

(4) Péan. (Congrès de Berlin). *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1890, p. 9.— *Bull. méd.*, 1890, p. 633. (Leçon publiée par Audoin.)

(5) Péan. Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de certaines tumeurs de l'utérus et de ses annexes par la voie vaginale. *Gaz. des hôp.*, 1891. p. 689. — Aubeau. De l'hystérectomie vaginale comparée à la laparotomie pour le traitement des suppurations pelviennes (*Rev. gén. de l'antisepsie*, 1891, n° 41, p. 237, et n° 42, p. 265.

(6) Paul Reclus. De l'hystérectomie vaginale préliminaire dans les suppurations pelviennes. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, n° du 25 juillet 1891, p. 193. — Paul Reclus. Hystérectomie vaginale et laparotomie, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, n° du 24 octobre 1891, p. 510. — Paul Reclus et Forgue. Traité de thérapeutique chirurgicale. (Paris, 1892, t. II, h. 938).

(7) Terrillon. Traitement des suppurations pelviennes par l'ablation de l'utérus. *Bull. gén. de thérapeutique*, n° du 30 nov. 1891, p. 433.

(8) L.-G. Richelot. Sur le traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 4 mars 1891; *Union médicale*, n° du 15 mars 1891, p. 389.

(9) Quénu. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, pp. 505, 633, 657; 1892, t. XVIII, p. 331. *Ann. de gyn.*, mai 1892, t. XXXVII, p. 321.

Et qu'on le note bien, l'hystérectomie n'a pas seulement recruté ses nouveaux partisans à la Société de chirurgie de Paris. Elle a trouvé de chauds défenseurs dans le pays ami qui nous fait aujourd'hui si gracieux accueil. Le soin que vous avez tous mis à juger, dès le début, l'opération nouvelle en témoigne, et c'est avec une satisfaction personnelle infinie que je rappelle ici l'appoint si précieux dont nous sommes redevables aux publications importantes de MM. Jacobs (1), Rouffart (2), Rochet (3) et Debaisieux (4).

A côté des travaux précédents il en est beaucoup d'autres attestant que l'opération de Péan tient plus que jamais en éveil l'attention des chirurgiens. On peut s'en convaincre par la plus courte enquête bibliographique (5). Je pourrais invoquer aussi à l'actif de notre cause, bien des faits inédits dont je dois la communication orale à mes collègues

---

(1) Jacobs. De l'hystérectomie par morcellement dans les suppurations pelviennes. *Bull. de la Soc. belge de Gynéc.*, 1891, t. II, n° 4, p. 124. — Jacobs. *Idem*, n°s 6 et 7, p. 169. — Jacobs. De l'hystérectomie vaginale. 52 cas consécutifs suivis de guérison opératoire. *Soc. belge de Gynéc.*, 26 juin 1892. *Ann. de gyn.*, t. XXXVIII, août 1892, p. 123.

(2) Rouffart. Observations de cinq cas d'abcès pelviens traités par la castration utérine. *La Clinique* (Bruxelles), n° du 3 décembre 1891, p. 774, n° du 24 décembre 1891, p. 817. — Rouffart. *Bull. de la Soc. belge de Gynéc.*, 1891, t. II, n°s 6 et 7, p. 157. — Rouffart. A propos d'un cas d'abcès pelvien traité par laparotomie et castration utérine. *La Clinique* (Bruxelles), n° du 28 janv. 1892, p. 49.

(3) P. Rochet (d'Anvers). *Bull. de la Soc. belge de Gynéc.*, t. II, 1891, n°s 6 et 7, p. 161. — Rochet, (d'Anvers). Un cas de grossesse tubaire. Hystér. vaginale. Guérison... *Bull. de la Soc. belge de Gynéc.*, 1891, t. II, n° 3, p. 136.

(4) Debaisieux. Hystérectomie vaginale par morcellement dans les suppurations pelviennes. *Presse méd. belge* (Bruxelles), 1891, p. 769-766.

(5) J. Lucas-Championnière. Hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-utérines. *Journ. de méd. et de chir.*, n° du 25 juin 1891, p. 449. — O. Guelliot. L'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes. *Union médicale du Nord-Est* (Reims), n° de mai 1891, p. 152. — St-Bonnet. *Loc. cit.* — Quenu. De l'hystérectomie vaginale par section médiane dans le traitement des suppurations pelviennes. *Ann. de gynéc.*, t. XXXVII, mai 1992, p. 321. — Routier. Du traitement des suppurations pelviennes (Congrès français de chirurgie, 5e session). *Ann. de gynéc.*, t. XXXVII, mai 1892, p. 321. — Iversen. Des suppurations pelviennes. (La guérison par hystérectomie.) (Congrès des naturalistes scandinaves). Copenhague, 4 au 9 juillet 1892. *La Semaine méd.*, n° du 13 juillet 1892, p. 281. — Th. Landau. Traitement des suppurations chroniques du bassin. *Centr. f. Gyn.*, 3 sept. 1892, n° 35. — M. Sænger. *Soc. obst. et gynéc. de Leipzig*, 15 février 1892, *Centr. f. Gyn.* 1892, n° 33, p. 665. — Bastianelli. R. L'isterectomia a complemento della salpingectomia nelle flogosi pelviche. Societa Lancisia degli ospedali di Roma. *La Rif. méd.* 1892,

de Paris ou de province. Mais je ne veux faire appel ici qu'aux seuls documents publiés et comme preuve dernière et péremptoire de l'extension chaque jour croissante de l'opération de Péan, je me contenterai d'appeler votre attention sur l'évolution significative de plus d'un chirurgien. Celle de Terrillon est la première en date. Adversaire de la méthode en 1890 (1), il a pratiqué pour la première fois l'opération le 5 février 1891 (2) et s'est peu après rangé au nombre de ses partisans (3). De son côté, Richelot qui m'avait autrefois reproché (4) de trop généraliser les indications de l'hystérectomie, est à ce point revenu de ses préventions premières qu'il a pu trouver en quelques mois 60 cas (5) de lésions pelviennes justiciables de l'hystérectomie et, pour ne parler que des suppurations pelviennes, ses opinions ne comportent plus la moindre équivoque. « Dans les suppurations complexes de la cavité pelvienne », dit-il, « l'hystérectomie vaginale, plus sûrement efficace et plus bénigne que la laparotomie, a sur cette dernière une supériorité incontestable (6) ». Mais chacun le sait, Richelot est comme Terrillon parmi les convertis de la première heure et voici plus concluant encore : ce sont les opinions nouvelles de Pozzi et surtout de Bouilly.

Pozzi, qui nous condamnait sans appel, consent enfin à nous faire

---

vol. III, n° 208, p. 691. — W. N. Hartmann. Ueber die operation von Pean. *Inaugural dissertation*, Leiden, 1892.

Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris, 1891, t. XVII : Paul Segond, p. 153 à 177. — Terrillon, p. 177. — Bouilly, p. 178. — Richelot, p. 185. — Bazy, p. 189. — Terrillon, p. 196. — Pozzi, p. 203. — Routier, p. 213. — Terrier, p. 218. — Lucas-Championnière, p. 222. — Regnier, p. 224. — Paul Reclus, p. 230. — Paul Segond, p. 236. — Bazy, p. 250. — Paul Segond, p. 252. — Terrillon, p. 606. — Richelot, p. 613. — Bazy, p. 615. — Routier, p. 615. — Quenu, p. 633. — Terrier, p. 642. — Paul Segond, p. 643. — Richelot, p. 645. — Bazy, p. 645. — Paul Segond, p. 645, — Bazy, p. 649. — Peyrot, p. 650. — Reynier, p. 654. — Quenu, p. 657. — Paul Segond, p. 658. — Bouilly, p. 658. — Boiffin, p. 664. — Paul Segond, p. 727. — Pozzi, p. 805. — *Ibid.*, 1892, t. XVIII : Nélaton, p. 49. — Paul Segond, p. 58. — Pozzi, p. 60. — Reclus, p. 60. — Paul Segond, p. 61. — Pozzi, p. 61. — Lucas-Championnière, p. 62. — Paul Segond, p. 66. — Quenu, p. 331. — Paul Segond, p. 323.

Bull. de la Soc. belge de Gynéc. et d'Obstétrique, 1891, t. II : C. Jacobs, p. 124. — P. Rochet, p. 136. — Rouffart, p. 157. — Rochet, p. 161. — C. Jacobs, p. 169.

(1) Terrillon, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 511.

(2) Terrillon, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1191, t. XVII, p. 177.

(3) Terrillon, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 196 et 603.

(4) Richelot, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 185.

(5) Richelot, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 645.

(6) Richelot, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 613-614.

quelques concessions. Je sais bien qu'il en convient comme à regret et qu'il entoure sa conversion de toutes les restrictions possibles. Mais pour être aussi partielle qu'on voudra, sa conversion n'existe pas moins. A l'heure qu'il est, plus d'une fois déjà Pozzi a posé lui-même les indications de l'hystérectomie, il l'a pratiquée avec succès et dans la dernière édition de son livre on peut lire en toutes lettres (1) que dans « certains cas très déterminés de suppuration diffuse, l'hystérectomie vaginale est parfois supérieure à l'intervention par l'abdomen ». « Pratiquée dans ces conditions », dit-il encore, « elle met les opérées dans de très bonnes conditions de guérison » et « elle permet un large drainage dont la déclivité assure l'efficacité ».

Quant à Bouilly, ses préventions premières (2), déjà beaucoup moins vives quand il a rédigé la troisième édition de son *Manuel de Pathologie* (3) se sont complètement effacées et j'ai la satisfaction particulière de pouvoir attester que ses convictions sur la supériorité de l'opération de Péan sont chaque jour plus formelles. Je tiens cette déclaration de lui-même et je n'en connais pas de plus précieuse pour la cause que je défends : « Je crois, m'écrivait-il récemment (4), que l'hystérectomie vaginale a de grandes chances pour devenir *l'unique méthode* des *ablations annexielles bilatérales* quand celles-ci sont *très nettement indiquées*. Dans les cas difficiles de suppuration le choix s'impose dès maintenant ; dans les cas simples l'opération ne me parait *ni plus grave, ni plus difficile* que la laparotomie et *l'ablation de l'utérus me paraît plus utile que sa conservation.* »

Dira-t-on maintenant que nos arguments ne valent même plus qu'on s'y attarde, que la cause est entendue et notre procès perdu ? Ceux qui le pensent ou désirent le faire croire s'abusent étrangement et je crois superflu d'insister davantage pour le démontrer.

En fait, on peut dire qu'à l'heure actuelle tous les chirurgiens qui ont bien voulu consentir à mettre eux-mêmes l'hystérectomie à l'épreuve acceptent résolument la netteté de ses indications d'une part, dans les *récidives de suppuration pelvienne après laparotomie,* et d'autre part dans les *pelvi-péritonites suppurées avec enclavement de l'utérus, adhérences étendues de poches purulentes multiples.* A cet égard, pas de contestation possible, et ceux-là mêmes dont les préférences pour la laparotomie sont le moins

---

(1) S. Pozzi. *Traité de gynécologie*, 2e édition. Paris, 1892, p. 700-701.
(2) Bouilly. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 178.
(3) Bouilly. *Manuel de path. ext.*, 3e édit., Paris, 1892, t. IV, p. 492.
(4) Bouilly. Lettre inédite du 11 août 1893.

déguisées en conviennent. J'en veux pour témoignage la conclusion générale du très bon article publié il a quelque mois par S. Bonnet (1). L'hystérectomie, dit-il, « sera *la ressource suprême* contre les cas complexes, heureusement rares, de *pyo-salpinx* ou d'*ovaro-salpingites compliquées de pachy-pelvi-péritonite, de suppuration secondaire* du tissu cellulaire avec ou sans *fistules.* Elle sera aussi l'*opération de choix* après *échec* ou *insuffisance de la laparotomie.* Limitée à ces indications, à côté, mais non à la place de la laparotomie, elle échappera à tous les reproches qu'elle a pu encourir et rendra d'*incontestables services* ».

Nous voici bien loin des affirmations pessimistes dont j'ai parlé, et l'hystérectomie, dût-elle se contenter de ces premières et capitales conquêtes, que nous aurions encore la conscience d'avoir combattu le très bon combat. Mais on sait que notre ambition est plus grande. Dans les cas précités, la valeur de l'hystérectomie est pour nous trop évidente pour exiger de nouvelles preuves, et ce que nous avons à cœur de montrer c'est que la supériorité de l'hystérectomie se retrouve avec autant de netteté dans le traitement des poches purulentes énucléables. Bref, nous voulons voir triompher la formule que j'ai proposée à la Société de chirurgie en disant que *l'hystérectomie est indiquée dans tous les cas de phlegmasie péri-utérine qu'il est aujourd'hui classique de traiter par laparotomie avec ablation bilatérale des annexes.*

Les trois considérations sur lesquelles nous basons notre manière de voir sont, on le sait, la *gravité moindre, l'efficacité supérieure* et *l'absence de cicatrice.* Les chirurgiens qui ne veulent pas de l'opération de Péan ripostent, je ne l'ignore pas, avec des *arguments contradictoires* dont plusieurs ont une sérieuse valeur. Mais nos préférences pour l'hystérectomie n'en demeurent pas moins formelles. Pour ma part, mes convictions sont chaque jour plus positives. Il est faux que j'aie tenté jamais le moindre « changement de front » (2), ainsi qu'on a voulu l'insinuer dans un article très spirituel peut-être, mais parfaitement inexact au double point de vue des interprétations et des citations.

Bref, je suis plus que jamais certain que l'opération de Péan est supérieure à celle de Lawson Tait dans les conditions que j'ai spécifiées. C'est, qu'en effet, pour appuyer mes conclusions, je n'ai plus seulement les 23 faits de ma première communication et ce que Pozzi baptisait jadis mon « vain appel à l'avenir, sans valeur pour le présent ». Je

---

(1) S. Bonnet. *Loc. cit.*

(2) Fraisse. Hystérectomie.., sans hystérectomie. *Nouv. arch. d'obst. et de gynéc.*, n° du 25 février 1892.

possède maintenant 103 observations personnelles (1) et j'ai le ferme espoir qu'avec l'aide de ces documents il me sera possible de réfuter, mieux que je n'ai pu le faire lors de la première discussion, les objections qui nous ont été faites aussi bien sur le *pronostic immédiat* et le *pronostic d'avenir* que sur *la qualité*, les *difficultés* ou les *dangers* de *l'opération*.

Au point de vue du *pronostic opératoire* immédiat, mes 103 observations se répartissent de la manière suivante : 92 guérisons et 11 morts, dont 1 par syncope quelques heures après l'opération, 1 par angine infectieuse survenue au bout de 12 jours, et 9 par péritonite. Pris en bloc, sans autre commentaire, ces chiffres pourraient prêter à la critique, et les adversaires de l'hystérectomie ne manqueraient pas de dire que les statistiques de la laparotomie sont supérieures. Mais en toute sincérité il ne serait point correct de raisonner ainsi, et pour se faire une idée juste des choses, il faut y regarder de plus près. Il convient en premier lieu de considérer à part les *suppurations pelviennes proprement dites* et les *phlegmasies péri-utérines non suppurées*.

Celles-ci sont au nombre de 47 dans ma statistique et ne m'ont donné qu'une mort par angine infectieuse survenue 12 jours après l'intervention, alors que la guérison opératoire était sûrement acquise. Bien que les faits de cet ordre soient en partie étrangers à la question spéciale qui nous occupe, permettez-moi cependant de les signaler à votre attention. Ils démontrent, en effet, que dans le traitement chirurgical des lésions non suppurées des annexes, l'hystérectomie est à coup sûr aussi bénigne que la laparotomie, et comme les résultats thérapeutiques observés chez les malades de cette série sont certainement supérieurs à ceux que donne en pareils cas l'ablation simple des annexes, je me crois autorisé à dire bien plus nettement qu'à l'avant-dernier Congrès de chirurgie (2), que j'ai maintenant les preuves de la supériorité de l'opération de Péan toutes les fois que l'ablation bilatérale des annexes est commandée par des lésions inflammatoires non suppurées.

---

(1) Les opérations qui figurent dans cette statistique n'ont pas été faites seulement dans mon service de la maison de santé ou dans ma clientèle privée. Plusieurs ont été pratiquées, soit à la clinique de mon ami le professeur PINARD, où j'opère chaque mercredi, soit dans les services de ceux de mes collègues qui ont bien voulu me convier à venir opérer devant eux. TERRILLON, BERGER, BOUILLY, SCHWARTZ, PEYROT, CH. MONOD, NICAISE et GÉRARD MARCHANT, m'ont ainsi permis d'ajouter à ma statistique personnelle quelques observations fort intéressantes.

(2) PAUL SEGOND. *Congrès français de chirurgie*, 5e session. Paris, 1880.

Quant à la mortalité chez les 56 opérées atteintes de lésions suppurées, elle paraît à première vue assez élevée, puisque sur ces 56 malades j'en ai perdu 10, dont 1 par syncope quelques heures après l'opération et 9 par péritonite. Mais encore une fois j'estime qu'il serait parfaitement abusif d'en inférer que le pronostic de l'hystérectomie est inférieur à celui de la laparotomie. Non point que je conteste les succès de la laparotomie dans les cas les plus graves; mais il ne faut pas exagérer, confondre les réussites exceptionnelles avec les résultats courants, laisser croire à la bénignité de manœuvres aussi périlleuses que l'*éviscération* ou méconnaître les inconvénients des grandes cicatrices que laissent après elles les incisions et le drainage des suppurations pelviennes complexes. Chacun de nous le sait fort bien, et des laparotomistes consommés comme Terrier et Bouilly n'ont jamais craint de le dire : *dans les cas de suppurations péri-utérines graves, toutes les interventions, y compris les laparotomies les mieux conduites, demeurent très sérieuses.* Or, c'est précisément dans ces cas graves que l'hystérectomie manifeste le mieux sa supériorité, et je crois ma statistique bien faite pour le démontrer. Les 10 opérées que j'ai perdues étaient condamnées à périr sous bref délai si leur mal avait été abandonné à lui-même, et sur les 46 malades que j'ai guéries, il en est au moins 20 dont la situation était absolument désespérée.

Dans ces conditions, je m'explique mal qu'on puisse encore prétendre que l'hystérectomie soit plus meurtrière que la laparotomie; je m'étonne surtout que deux ou trois faits personnels plus ou moins malheureux suffisent à certains chirurgiens pour leur inspirer cette conviction. Tout compte fait, ma statistique vient, en effet, confirmer la réalité de ce que j'ai dit à la Société de chirurgie :

« Dans les cas de gravité moyenne, justiciables de la laparotomie sans mortalité opératoire, on peut, je crois, affirmer que le pronostic de l'intervention vaginale est au moins aussi bénin que celui de l'intervention sus-pubienne. Dans les cas, au contraire, où l'ablation des annexes par laparotomie exige des manœuvres périlleuses, l'hystérectomie réduit au minimum les chances de mort opératoire, tout en réalisant des conditions de guérison parfaites. Il me paraît donc légitime de conclure en disant que l'hystérectomie donne, en général, autant de sécurité que la laparotomie et qu'en nombre de cas elle doit être considérée comme moins grave ».

Relativement *aux causes de la mort*, permettez-moi deux remarques : La première, c'est que l'une de mes opérées n'est morte de péritonite et de pneumonie infectieuse quinze jours après l'opération, que parce que j'ai dû laisser en place le fond de l'utérus et avec lui une dernière

poche purulente qui est devenue le point de départ des accidents ultérieurs. Cet *oubli* d'une poche purulente a déjà coûté la vie à plus d'une opérée, et le fait ne saurait surprendre, car, en dépit de l'assertion inverse de Le Dentu (1), il est positif que dans les suppurations pelviennes, *la multiplicité des poches purulentes est la règle ou peu s'en faut.* Aussi bien suis-je convaincu que l'hystérectomie doit toujours être aussi complète que possible, sous peine de manquer son but. C'est vous dire que je repousse absolument comme insuffisante et dangereuse *l'hystérectomie partielle* récemment conseillée par Landau (2) dans le traitement des suppurations pelviennes. Au surplus, et c'est ma deuxième remarque, j'ai peut-être exagéré en attribuant à la péritonite septique, sans autres commentaires, 9 de mes décès. En effet, 3 d'entre eux se sont produits dans des conditions telles qu'on aurait certainement pu les attribuer aux formes graves des accidents réflexes dont Lucas-Championnière (3) a si bien décrit l'évolution à la suite des opérations utéro-ovariennes.

Toutefois, il y a tant d'analogies cliniques entre ces troubles réflexes et ceux qui relèvent de la septicémie, qu'il faut être plus que convaincu de son infaillibilité opératoire, au point de vue antiseptique, pour se trop risquer à mettre sur le compte des réflexes, des accidents dont l'infection septique donne si bien l'explication. Or, dans le cas particulier des suppurations pelviennes, la septicité naturelle du foyer opératoire vient trop souvent déjouer nos précautions aseptiques pour que nous les considérions jamais comme infaillibles et je préfère laisser à mes 9 décès leur étiquette de morts par péritonite. Je le fais d'autant mieux que la péritonite est bien le principal et presque le seul péril qui guette nos opérées et, bien que cette cause de mort soit, *en cas de suppuration*, notablement plus rare après l'hystérectomie qu'après la laparotomie, il faut toujours en tenir compte. Aussi, malgré cette insinuation chère à certains de nos adversaires que la possibilité d'une antisepsie moins sévère n'est pas sans attrait pour les partisans de l'hystérectomie, je tiens à déclarer, une fois pour toutes, que, pour conduire à bien l'opération de Péan, il ne faut jamais négliger de faire appel aux précautions antiseptiques et aseptiques les plus minutieuses.

Parmi ces précautions, il en est une sur laquelle je veux appeler

---

(1) Le Dentu. *Gaz. des hôp.*, 27 février 1892.

(2) Landau. *Loc. cit.*

(3) Lucas-Championnière. Comm. du 8 mars 1888. *Soc. Obst. et Gynéc. de Paris.*

votre attention, et que je crois capitale : c'est le *nettoyage* complet de la cavité utérine au début de toute hystérectomie. Quénu a donné un conseil analogue en disant qu'il fallait « au fur et à mesure de l'ouverture de la cavité utérine, toucher la muqueuse avec une solution de chlorure de zinc au dixième » (1). Il me semble qu'on peut faire mieux encore en faisant du *curettage*, avec destruction certaine de tous les agents septiques contenus dans l'utérus, *le temps préliminaire indispensable de toute hystérectomie*. Pour ma part, j'ai cru bon d'adopter cette mesure préventive dans mes dernières opérations et, bien que les preuves numériques me fassent encore défaut, je suis convaincu qu'il y a là un bon moyen de diminuer le taux de la mortalité par hystérectomie.

A l'égard du *pronostic thérapeutique*, l'état actuel des 92 opérées que j'ai guéries ne laisse aucun doute sur la qualité du résultat. Toutes, je puis le dire, jouissent, à l'heure actuelle, d'une parfaite santé générale. L'une d'entre elles, hystérectomisée pour suppuration, le 6 décembre 1890, après échec d'une laparotomie antérieure, souffre encore, de temps à autres, d'un empâtement assez manifeste que le toucher révèle toujours au-dessus de la cicatrice vaginale. Chez une deuxième malade opérée dans les mêmes conditions, c'est-à-dire après échec d'une laparotomie antérieure, j'ai dû pratiquer une autre laparotomie pour combattre les tiraillements douloureux provoqués par des adhérences vésicales de l'épiploon. Toutes les autres sont localement en parfait état et ne souffrent plus. Je puis donc affirmer que les indurations ou les douleurs persistantes dont Peyrot (2) et Terrillon (3) ont parlé, sont très exceptionnelles, et s'il est vrai que chez quelques rares opérées, et pendant les premiers temps qui suivent l'intervention, on voit une poche purulente oubliée rallumer un instant la fièvre pour s'ouvrir ensuite spontanément dans la brèche créée par l'hystérectomie, je tiens à faire observer qu'après guérison opératoire de l'hystérectomie je n'ai pas encore observé un seul cas de suppuration secondaire.

Chez les 46 malades hystérectomisées pour des lésions non suppurées, la perfection du résultat local ne laisse rien à désirer et les phénomènes douloureux ne sont jamais revenus. Je n'ai d'exception à faire que pour 4 névropathes invétérées. Leur mieux être est indiscutable, mais elles se plaignent souvent encore de douleurs abdominales à caractère névralgique siégeant de préférence à gauche de l'ombilic

(1) Quénu. *Ann. de Gynéc.*, mai 1892, t. XXXVII, p. 321.
(2) Peyrot. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, t. XVII, p. 650.
(3) Terrillon. *Bull. gén. de thérap.*, 30 nov. 1891.

ou dans la fosse iliaque droite. On pourrait donc soutenir que, chez elles, l'intervention n'a fait que déplacer la douleur, ainsi qu'il arrive trop souvent chez les névropathes et les hystériques (1). La disparition du phénomène douleur chez toutes les autres opérées n'en reste pas moins digne de votre attention, et comme c'est précisément dans les cas de ce genre (lésions non suppurées chez des névropathes) que l'ablation des annexes par laparotomie expose le plus aux insuccès thérapeutiques, je me crois le droit d'affirmer que les opérées dont je vous parle doivent à l'intervention vaginale une guérison plus sûre et plus définitive que si elles avaient été simplement laparotomisées. Cet argument est pour nous capital, puisque c'est à propos des lésions annexiales non suppurées, que les indications de l'hystérectomie ont jusqu'ici rencontré le plus d'opposition.

Pendant les premiers mois qui ont suivi l'intervention, toutes mes opérées ont éprouvé, à la date des périodes cataméniales absentes, les symptômes réflexes du molimen menstruel. Dans deux cas ces symptômes ont été assez pénibles pour exiger une émission sanguine; mais presque toujours il ne s'est agi que d'un malaise passager, dont l'intensité et la fréquence d'apparition sont allées en diminuant, pour disparaître ensuite avec le temps. Ces troubles périodiques sont-ils plus intenses après l'hystérectomie qu'après l'ablation des annexes? J. N. Grammatikati (2) le croit; mais jusqu'ici je n'ai pas vérifié la réalité de cette assertion.

Parmi les mécomptes possibles de l'hystérectomie on a signalé les *troubles cérébraux*, et Glœvecke (3), par exemple, estime que dans un bon tiers des cas on observe une « dépression mentale, tantôt légère, tantôt forte, et qui, mais rarement, avec le concours de circonstances déterminantes, aboutit à de véritables psychoses ». Sans nier cette éventualité, je crois la proportion donnée par Glœvecke fort exagérée. En effet, sur mes 92 opérées, j'en ai vu 3 seulement dont l'état mental ait été plus ou moins influencé par l'opération. L'une d'elles, hystérique de vieille date et déjà sujette à des bizarreries intellectuelles, a présenté aussitôt après l'opération des troubles cérébraux qui ont néces-

(1) Dodéris. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, n° du 25 juillet 1891, p. 380.

(2) J. N.-Grammatikati. *Vratch.*, 1891, n° 1. — *Anal. in Ann. de Gynec.*, juillet 1891. T. XXXVI, p. 65.

(3) Glœvecke. Modifications physiologiques et psychiques observées dans l'organisme féminin à la suite de la perte des ovaires d'une part, et de la perte de l'utérus d'autre part. (*Arch. f. Gyn.*) 1889. Bd. 35, p. 1. — *Anal. in Ann. Gynec.*, juillet 1891, t. XXVI, p. 65.

sité son internement à Sainte-Anne pendant quelques semaines. Elle demeure aussi bizarre que par le passé, mais sa raison lui est aujourd'hui complètement revenue. Deux fois j'ai constaté après l'opération des accès de mélancolie profonde, mais cet état n'a pas duré, et chez toutes mes autres malades, je n'ai jamais constaté d'autre symptôme mental que la satisfaction profonde d'avoir enfin tous les privilèges d'une guérison complète et définitive.

J'ajouterai même que pour nombre de mes opérées l'appétence génitale est loin d'être éteinte et que la conservation des bénéfices de leur cure n'est certes pas le fruit d'une rigoureuse abstinence, il s'en faut de beaucoup; et, soit dit en passant, les malades dont je vous parle ne sont pas près de convenir que le fait d'avoir un ventre sans cicatrice soit un mince avantage. Que cette dernière considération soit négligeable chez les opérées dont on aurait pu cueillir les annexes au travers d'une petite incision sus-pubienne, je veux bien en convenir ; mais franchement, il faut bien reconnaître que l'absence de cicatrice est un avantage de premier ordre pour toutes les femmes chez lesquelles l'étendue des lésions pelviennes aurait exigé, en cas de laparotomie, une longue incision avec drainage sus-pubien consécutif. Aussi bien suis-je de plus en plus convaincu que la possibilité de guérir des femmes jeunes, sans leur laisser aucune trace visible, constitue à l'actif de l'hystérectomie un privilège auquel nombre de patientes attacheront toujours la plus sérieuse importance.

Voici maintenant ce que donne l'analyse de mes observations au point de vue des *dangers* de l'opération et, par conséquent, de ses *difficultés* : *jamais* blessé l'*uretère*. Je n'ai blessé la *vessie* que *deux fois*. Dans le premier cas, j'ai pu suturer, séance tenante, la déchirure vésicale, et la cicatrisation s'est rapidement faite. Dans le deuxième cas, la perforation vésicale s'est produite après la chute des eschares et, pour obtenir la cicatrisation définitive, j'ai dû pratiquer au bout de quelques semaines l'opération de la fistule vésico-vaginale. *Deux fois* j'ai déchiré le *rectum* intact avant l'intervention, et *cinq fois* mes manœuvres ont simplement agrandi la *communication préexistante* du rectum et des poches purulentes. L'une de ces opérées est morte au bout de quinze jours de pneumonie infectieuse, et, dans tous les autres cas, la fistule rectale s'est fermée spontanément. *Cinq fois* j'ai observé, après l'ablation des pinces, des *hémorragies sérieuses*, mais j'en ai facilement triomphé par un temponnement léger, et dans ma série d'hystérectomies pour lésions des annexes, *je n'ai pas perdu une seule malade par hémorragie.*

Dans plusieurs cas, j'ai dû procéder avec prudence pour détacher

l'intestin adhérent, des annexes ou du fond de l'utérus, mais jamais je n'ai rencontré les difficultés que peut, dit-on, créer *l'entérocèle adhésive*. Rien ne prouve, du reste, que ces difficultés seraient aussi insurmontables que Pozzi (1) semble le croire. Il est, en effet, très littéraire peut-être, mais parfaitement inexact, de répéter avec lui que le vagin est un « gouffre » au fond duquel l'œil ne plonge jamais. Ne rien faire sans y voir est, au contraire, la règle première de toute hystérectomie bien conduite, et si je m'en rapporte à ce que j'ai vu, j'estime qu'avec un peu d'habitude, on a toute chance, par la vue et le toucher, de bien reconnaître au fond du vagin la saillie globuleuse d'une entérocèle adhésive, sans la confondre avec une salpyngite kystique. Au surplus, la possibilité d'une blessure intestinale figurant parmi les principaux écueils de la laparotomie, sans que la validité des indications de cette dernière opération en ait jamais souffert, il serait pour le moins excessif de trouver dans le même accident une condamnation sans appel pour l'hystérectomie. D'autant que, toutes choses égales d'ailleurs, je trouverais, pour ma part, moins grave de blesser l'intestin par le vagin que de le déchirer au cours d'une laparotomie, et je m'étonne fort que Forgue et Reclus (2) aient avancé le contraire.

L'analyse de ces quelques résultats vous montre, me semble-t-il, qu'il n'est plus de mise de laisser entendre, comme l'a fait Reynier(3) à la Société de chirurgie, que les complications de l'hystérectomie sont « moins rares que ne semble l'indiquer le silence des opérateurs ». Et lorsque le même chirurgien, se contentant de deux observations personnelles pour étayer son jugement « professe » que l'hystérectomie est plus dangereuse que la laparotomie, son besoin de conclure me semble quelque peu prématuré. Toutes les communications contradictoires analogues, et notamment celles de Boiffin (de Nantes) (3), méritent la même réponse. Le dossier de l'hystérectomie est, à cette heure, vraiment trop complet pour que nos adversaires aient le droit de contester nos conclusions sans autre argument que la rapide analyse de deux ou trois cas particuliers.

La vérité qui se dégage de faits maintenant connus, c'est que nos trois arguments fondamentaux : *gravité moindre, efficacité supérieure, absence de cicatrice*, ne sont plus réfutables, et que tout ce qu'on a dit sur l'impossibilité d'y voir, sur l'*encombrement par les pinces*, sur l'*infidélité*

---

(1) Pozzi et Baudron. *Rev. de chir.*, 1891, p. 622.
(2) Forgue et Reclus. *Traité de thérap., chir.* Paris, 1892, t. II, p. 955.
(3) Reynier. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 224.
(4) Boiffin. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 664.

de l'hémostase et sur la fréquence des *complications opératoires*, n'est pas exact. Sans doute l'hystérectomie a, tout comme la laparotomie, ses *écueils*, ses *dangers*, ses *imperfections*, ses *difficultés* ou même ses *impossibilités*; mais, considération bien significative, celles-ci comme ceux-là s'observent en des conditions qui sont à peu près les mêmes pour les deux opérations. De plus, avec un peu d'expérience, on arrive très vite à cette conviction très rassurante, que c'est précisément dans les cas de suppurations anciennes et graves que les complications opératoires, telles que la blessure de l'uretère ou les hémorragies, sont le moins à redouter.

Bref, je ne crois pas que les *difficultés opératoires*, dont on fait si grand bruit, soient dans l'espèce une objection valable. Certes, je ne cherche pas à dissimuler ces difficultés. Il s'agit là d'une intervention délicate réclamant de l'expérience, de la dextérité, du calme et beaucoup de patience. J'ai même dit à la Société de chirurgie (1), et je tiens à répéter ici, qu'il serait, à mon avis, très dangereux de l'entreprendre sans avoir vu faire le morcellement par des mains exercées et sans avoir soi-même une grande habitude de la chirurgie vaginale. Mais, entre vrais chirurgiens, des considérations de cet ordre ne sauraient prévaloir.

Aux yeux de nos contradicteurs, l'opération de Péan aurait cet autre inconvénient très grave d'être en bien des cas *incomplète* et par conséquent *irrationnelle*. Ici encore nous protestons nettement. Certes, il est bien vrai que l'opération reste souvent incomplète, puisque de parti pris elle respecte les adhérences et ne permet l'ablation totale des annexes que lorsque cette ablation se fait aisément et sous les yeux de l'opérateur. Mais en résulte-t-il que la supériorité du résultat opératoire soit contestable? En aucune manière, et, pour ma part, je suis convaincu par expérience que dans le traitement des suppurations pelviennes, l'hystérectomie réalise mieux que toute autre intervention les conditions *d'une guérison durable*, aussi bien quand elle est complète que dans les conditions inverses.

Quand la nature des lésions permet l'ablation totale de l'utérus et des annexes, ce qui est infiniment plus fréquent qu'on ne semble le croire, le fait est trop clair. Lorsque l'étendue des lésions s'oppose à l'ablation complète des annexes, la *supériorité thérapeutique* du résultat opératoire est moins évidente, mais elle *n'existe pas moins*. Et, qu'on le note bien, nos convictions à cet égard ne sont plus seulement théo-

---

(1) Paul Segond. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 242.

riques. Lorsque nous prétendons qu'on peut, après l'hystérectomie, compter sur l'*atrophie* et la *transformation cicatricielle des parties respectées* sans qu'il reste nulle part, sauf exception très rare, une *épine quelconque susceptible de réveiller les lésions*, nous en avons maintenant des preuves cliniques indéniables. Je ne parle ici que des cas de suppurations pelviennes.

En cas d'hystérectomie pour lésions annexielles non suppurées, je pense qu'il en est de même; et les assertions inverses de Grammatikati (1) et de Glœvecke (2), sur la persistance de la fonction ovarique après hystérectomie, ne me semblent pas nettement justifiées, mais je ne puis être plus affirmatif, pour la bonne raison que, huit fois sur dix, j'ai toujours pu réaliser, chez les malades de cette catégorie, l'ablation totale de l'utérus et des annexes. Par contre, l'observation attentive de toutes les malades atteintes de suppuration pelvienne, chez lesquelles j'ai dû me contenter d'enlever l'utérus, ne m'a laissé aucun doute sur la réalité de l'atrophie consécutive des ovaires. Je suis même convaincu que, pour les malades de ce groupe, la mort anatomique et physiologique des annexes, une fois l'utérus enlevé, est plus certaine que ne peut l'être celle de l'utérus après l'ablation des annexes, et c'est précisément pourquoi j'estime qu'il est, d'une manière générale, *plus sûr d'enlever l'utérus sans les annexes que les annexes sans l'utérus*. D'autant que, pour ma part, j'ai peu à peu acquis la conviction que là où l'ablation complète des annexes est impossible ou dangereuse par la voie vaginale, il y a bien des chances pour qu'il en soit à peu près de même par la voie sus-pubienne. On sait du reste que, dans l'hystérectomie pour suppurations pelviennes, *on respecte, de parti pris, les adhérences* qui sont d'habitude la cause de ces impossibilités opératoires, et, qu'on le veuille ou non, on est bien contraint de reconnaître que, de ce chef, *l'hystérectomie se trouve exonérée de l'un des plus réels écueils de la laparotomie.*

La conclusion s'impose donc, et pour nous il est démontré qu'au point de vue de la *sécurité* comme à celui des *ressources opératoires*, l'hystérectomie ne le cède en rien à la laparotomie. Tout opérateur expérimenté qui voudra bien s'exercer au vrai manuel de l'opération en conviendra très vite; et, bien entendu, je parle uniquement ici de l'*hystérectomie par morcellement* de Péan, laquelle est, on le sait, caractérisée par la combinaison variable de deux manœuvres fondamen-

(1) Grammatikati. *Loc. cit.*
(2) Glœveke. *Loc. cit.*

tales : le *morcellement par résections transversales successives des deux vulves utérines obtenues par section transversale de l'organe après solide hémostase préventive,* et le *morcellement par évidement conoïde sans hémostase préalable de la zône utérine correspondante.* Je suis, en effet, persuadé que ces deux manœuvres peuvent triompher pour le mieux de toutes les difficultés, sans qu'il soit avantageux de leur substituer la section médiane de Müller (1) que Quénu (2) et Routier (3) voudraient remettre en faveur ou de les faciliter par les débridements vulvaires que Chaput (4) vient de conseiller.

La section médiane de Quénu est à la vérité très commode *quand elle est possible*, mais *le morcellement par évidement central lui est toujours supérieur.* Quant aux *débridements vulvaires*, ils donnent sans doute du jour, mais on peut très bien s'en passer quand on fait du vrai morcellement. Dans ces conditions, j'estime que, pour le simple agrément d'être un peu plus à l'aise, on ne possède aucune bonne raison d'infliger aux opérées un traumatisme supplémentaire et de les priver en même temps de cette intégrité parfaite des formes extérieures qui n'est point l'un des moindres privilèges de la méthode que nous préconisons. Pour ma part, depuis que j'ai appris l'hystérectomie par morcellement, les voies naturelles m'ont toujours suffi, non-seulement en cas de lésions inflammatoires péri-utérines, mais aussi chez nombre de femmes à vulve très étroite, hystérectomisées pour de volumineux fibrômes. Mon expérience actuelle portant sur près de 200 hystérectomies, j'espère qu'on voudra bien accorder quelque valeur à cette déclaration (5).

---

(1) Müller. *Centralbl. f. Gynak.* 1882 et *Wiener Med. Woch.* 1884.

(2) Quenu. *Bull., Mém. et Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 505 et *Ann. de gynéc.*, mai 1892, t. XXXVII, p. 321.

(3) Routier. *Ann. de gynéc.*. mai 1892, t. XXXVII, p. 321.

(4) Chaput. *Soc. obstr. et gynéc. de Paris*, séance du 10 novembre 1891. — Mallet. Du débridement de la vulve. *Th. Doc.* Paris, 1892.

(5) Bien qu'il me soit impossible de décrire ici le manuel opératoire de l'hystérectomie par morcellement, je tiens à signaler un article tout récent de Chaput (*Sem. méd.*, n° du 31 août 1892), sur le *traitement consécutif de l'hystérectomie vaginale par les lavages de haut en bas au moyen d'un tube à drainage abdomino-vaginal.* Que le drainage abdomino-vaginal soit avantageux lorsque l'hystérectomie se pratique sur des malades qui ont un trajet fistuleux préexistant, rien n'est plus exact, et pour ma part, je n'ai jamais manqué d'y recourir dans les cas précités. Par contre, toutes les fois qu'il n'existe pas de trajets fistuleux préalables, et que le ventre est intact, j'estime qu'il est excessif et parfaitement inutile de compliquer l'intervention par l'incision sus-pubienne que Chaput conseille d'une manière systématique. Les suites habituelles de l'hystérectomie ne légitiment en aucune manière cette pratique et les injec-

Il est enfin deux objections générales que je dois discuter, car longtemps encore on ne manquera sans doute pas de nous les opposer. La *première* est basée sur ce fait que l'hystérectomie serait, comme le disait autrefois Pozzi (1), « une opération de certitude qui suppose l'infaillibilité du diagnostic ». Ici, par conséquent, « *point d'incision exploratrice ; le premier coup de bistouri entraîne la perte fatale de la fécondité* ». Partant de là, tout ce qu'on a pu dire sur les « opérations non justifiées » sur « l'oophorectomie épidémique » (2), ou sur « les mutilations irréparables » se devine aisément. Le thème prête à coup sûr aux digressions les plus humanitaires, et si jamais l'hystérectomie leur devait sa perte, elle conserverait au moins le mérite d'une coïncidence singulière mais positive avec ce réveil de notre sollicitude pour la pureté des diagnostics et la conservation des facultés génératrices (3).

Mais, tout dictés qu'ils soient par un sentiment des plus respectables, les cris d'alarme que nous avons provoqués ne me semblent pas moins excessifs. Et d'abord, *il n'est pas juste d'avancer que par les voies naturelles le premier coup de bistouri entraîne fatalement la perte de la fécondité.* Non point que je veuille ici prétendre, qu'au point de vue de l'exploration, la voie vaginale soit en aucune manière une rivale de la laparotomie, ce serait une absurdité. Je ne crois pas davantage qu'il soit permis de dire avec Routier (4) qu'il ne faut « jamais faire l'hystérectomie sans avoir au préalable pratiqué l'exploration par la

---

tions vaginales, qu'il est imprudent de commencer avant le troisième jour, toutes les fois que le foyer opératoire communique avec le péritoine, permettent de remplir simplement et très bien toutes les indications de l'antisepsie.

(1) S. Pozzi. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, nº du 18 avril 1891, p. 186.

(2) Spencer-Wells. *Ann. de gynéc.*, 1891, t. XXXVI, pp. 346 et 410.

(3) La réputation que certains chirurgiens voudraient faire à la *salpingorrhaphie* et aux *résections partielles de l'ovaire*, est une des manifestations les plus significatives de ces tendances éminemment tutélaires, et chacun sait que Pozzi (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 592), reprenant les tentatives de Skutsch (*Centr. f. Gynec.* 1889, nº 32, p. 566) et de Martin (*Verhandl, der deutsch. Gesselsch. f. Gyn.*, 1891, p. 242), a cherché dans les réussites possibles de cette chirurgie d'exception, un argument de plus contre les interventions vaginales. Or, sans contester le moins du monde les quelques succès annoncés par les partisans des *résections partielles*, j'avoue que mes préférences pour l'hystérectomie n'en sont aucunement atténuées. Je demeure, en effet, très convaincu que les avantages de cette prétendue chirurgie conservatrice sont plus apparents que réels, et la note juste se trouve, à mon avis, dans cette réflexion de Routier : « Ou l'ovaire est assez malade pour justifier une ablation totale, ou il ne l'est pas, et alors même la castration partielle n'est plus indiquée. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 559.

(4) A. Routier. *Ann. de gyn.*, mai 1892, t. XXXVII, p. 321.

boutonnière rétro-utérine ». Cette exploration n'est, en effet, possible qu'en certaines circonstances et notamment quand il y a saillie franche d'une collection fluctuante dans le cul-de-sac de Douglas. J'affirme simplement, en me basant sur des faits déjà signalés à la Société de chirurgie (1) à propos d'une communication de Nélaton (2), j'affirme, dis-je, qu'avec un peu d'expérience, l'incision du cul-de-sac postérieur peut être, elle aussi, *dans certains cas, utilement exploratrice* et que même après avoir commencé une hystérectomie, on peut encore *s'arrêter à temps*. Au surplus, et pour ne rien exagérer, laissons à l'argument l'incontestable portée qu'il possède en maintes circonstances. En résulte-t-il que l'hystérectomie puisse être proscrite à l'égal d'un nouvel et dangereux facteur de dépopulation ? Je ne le pense pas, et je puis répéter ce que j'écrivais à Pozzi l'an dernier (3) :

« Nous savons très bien ce que des personnalités peu instruites ou insuffisamment scrupuleuses peuvent faire des meilleures opérations. Il est aussi bien certain que nos diagnostics les plus travaillés ne sauraient prétendre à l'infaillibilité et de même que les laparotomistes ont plus d'une fois supprimé des annexes qui ne demandaient qu'à vivre, de même les hystérectomistes sont exposés à pareil mécompte. Mais quels que soient ces abus ou ces erreurs, je ne vois pas que l'avenir de l'hystérectomie puisse en souffrir davantage que celui de la laparotomie, et c'est, me semble-t-il, abuser un peu des droits de la discussion que de remettre en cause, pour juger la valeur spéciale d'une opération, tout ce qui peut avoir trait aux indications générales de l'intervention chirurgicale dans le traitement des affections des annexes. Ici comme toujours, il faut agir suivant sa conscience, et franchement si l'hystérectomie est réservée aux seuls cas dans lesquels la *bilatéralité* des lésions ovaro-salpingiennes semble aussi nettement avérée que leur *incurabilité médicale*, je ne crois pas que l'intervention vaginale mérite jamais le reproche d'être plus compromettante que la laparotomie pour la reproduction de l'espèce.

Tout ceci me conduit à *la deuxième objection générale* qui nous est si souvent opposée : je veux parler des *difficultés du diagnostic*; et, cette fois, je suis le premier à reconnaître le bien-fondé de cet argument capital sur lequel Lucas Championnière (4) a l'un des premiers très judicieusement insisté. « Admettons, disait-il, que l'hystérectomie

---

(1) Paul Segond. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1892, t. XVIII, p. 58.
(2) Ch. Nélaton. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1892, t. XVIII, p. 49.
(3) Paul Segond. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1891, p. 222.
(4) Lucas Championnière. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1892, t. XVIII, p. 62.

soit l'intervention de choix dans le traitement des suppurations pelviennes, soit. Mais alors comment affirmer le diagnostic de la présence du pus? Sur quels signes nous guiderons-nous pour préférer au contrôle de la laparotomie ce qu'il peut y avoir d'irrémédiable dans l'hystérectomie? » Rien de plus juste. Aussi bien serais-je très embarrassé pour répondre, si la suppuration était la seule indication de l'hystérectomie. Mais tel n'est point mon avis.

A mes yeux, comme à ceux de Péan, *les indications de l'hystérectomie sont les mêmes que celles de l'ablation bilatérale des annexes par laparotomie.* Ce qui nous importe pour décider l'intervention, ce n'est donc pas le fait de la purulence, c'est *la bilatéralité et l'incurabilité médicale de lésions péri-utérines*, et dès lors l'objection tombe d'elle-même. Je ne conteste point que les indications de l'hystérectomie, ainsi précisées, ne puissent encore laisser place à l'erreur, et j'accepte très bien qu'il faille donner la préférence à la laparotomie chaque fois qu'un diagnostic paraît douteux. Mais je n'en maintiens pas moins ma conclusion et je le répète : *si l'hystérectomie est réservée aux seuls cas dans lesquels la bilatéralité des lésions semble, de par les données cliniques, aussi nettement avérée que leur incurabilité médicale, j'estime que l'intervention par les voies naturelles conserve toutes les garanties d'une opération rationnelle et pleinement justifiée.* Pour ma part, malgré le nombre important des interventions vaginales que je possède à mon actif, je n'ai pas hystérectomisé une seule femme dont un laparotomiste eût épargné les annexes. L'inverse, en revanche, m'est arrivé, et plus d'une fois déjà, croyant le diagnostic de bilatéralité douteux, j'ai laparotomisé des femmes qui auraient eu grand avantage à être hystérectomisées.

Telles sont les diverses considérations que je voulais vous soumettre. Sans m'exagérer leur portée, j'espère cependant que mon argumentation pourra trouver quelque crédit même auprès de ceux d'entre vous qui suspectent le plus le bien fondé de nos assertions. En tous cas, si vous voulez bien tenir compte des faits personnels que j'invoque devant vous, vous verrez que nos résultats thérapeutiques sont beaux et durables; vous constaterez qu'en nombre de circonstances nous triomphons des lésions suppuratives les plus graves; vous reconnaîtrez même que nos opérées ont plus de sécurité et de satisfaction sans cicatrice qu'avec le plus séduisant des surjets; vous saurez enfin que l'hystérectomie est souvent moins grave que la laparotomie, et, dans ces conditions, j'ai le ferme espoir que plus d'un nouvel adepte pensera comme Bouilly que l'hystérectomie par morcellement est bien « *l'unique opération des ablations annexielles bilatérales quand elles sont très nettement indiquées* ».

DISCUSSION

M. Péan (Paris). — Si l'on prenait à la lettre la dénomination aujourd'hui adoptée, il faudrait passer en revue toutes les suppurations du bassin dans les deux sexes, quelles que fussent leurs causes, leur origine et leur siège. La nature et le programme du Congrès indiquent nettement la délimitation qu'il convient d'adopter : les suppurations pelviennes dont le traitement nous intéresse à l'heure présente, sont celles qui ont pour point de départ l'appareil génital interne de la femme, comme l'a fort bien indiqué notre honorable rapporteur Segond.

Dans mon enseignement, je leur applique d'habitude une classification commode pour l'exposition et qui correspond bien aux différents processus cliniques qu'on rencontre ; je les divise en suppurations *types*, dans lesquelles les organes intéressés sont indemnes de toute lésion en dehors de l'affection suppurative ; — suppurations *mixtes* ayant pour point de départ un utérus atteint d'altérations préexistantes, sténoses, oblitérations, fibrômes, sarcomes, cancers ; — suppurations *compliquées*, c'est-à-dire ayant amené par propagation des désordres des organes voisins, particulièrement de la vessie, du rectum et de l'intestin grêle.

Les suppurations peuvent être limitées à l'utérus ou étendues à ses annexes, et sous ce nom je comprends les trompes, les ovaires, le ligament large et le péritoine pelvien.

Pour les traiter je m'oriente exclusivement d'après les indications tirées des deux sources que je viens de mentionner.

Sommes-nous en présence d'une suppuration type, mixte ou compliquée ? Intéresse-t-elle l'utérus seul ? Intéresse-t-elle cet organe et ses annexes ? Voilà les seules questions que je me pose. Je me préoccupe peu de la nature microbienne de la maladie. L'agent pathogène est-il un streptocoque ou un gonocoque ? Autrement dit, la suppuration est-elle septique ou blennorrhagique ? Ces problèmes, extrêmement intéressants au point de vue pathologique et scientifique, le sont moins pour le praticien, car jusqu'à présent on n'a guère obtenu de ce chef de renseignements utiles pour juger la valeur

respective des traitements employés, lorsque les collections existent. Je ne fais même pas exception pour les suppurations tuberculeuses dont le pronostic est plus grave que celui des autres, mais dont le traitement est analogue au leur.

Inutile d'espérer guérir ces maladies par une médication unique, par une sorte de panacée universelle.

Il n'y a peut-être pas en gynécologie d'affections dans lesquelles il soit plus nécessaire de préciser le diagnostic, de serrer de près les indications et d'y répondre.

I

Voyons d'abord les suppurations types : Je n'insiste pas sur celles qui sont limitées à l'utérus; tous les médecins connaissent parfaitement les moyens d'en avoir raison.

Le traitement est un peu plus difficile lorsque le mal a gagné les trompes. Si elles sont encore perméables, si leur invasion est récente, on réussit à les guérir par des médications topiques très simples, telles que la dilatation de l'utérus, les injections antiseptiques et le curettage.

La propagation au ligament large exige l'incision du foyer suppuré : les pelvi-péritonites purulentes ou séro-purulentes enkystées peuvent être guéries par le même procédé. On fait l'incision dans les culs-de-sacs vaginaux antérieur et postérieur, le râclage, le drainage, les injections antiseptiques. Lorsque les ovaires et les trompes ne sont pas trop altérés, ces moyens suffisent.

Un certain temps s'est écoulé depuis les accidents initiaux; l'endométrite n'a pas été traitée, ou, si elle l'a été, on n'a rien obtenu; il faut songer aux moyens radicaux. A ce moment, les tuniques muqueuse et musculeuse de la matrice s'hypertrophient et se ramollissent; une des trompes s'oblitère, devient kystique et donne lieu à la formation d'une tumeur qui augmente progressivement de volume, devient bosselée, contracte de solides et vasculaires adhérences avec les organes voisins. Ce kyste peut se rompre dans le ligament large ou le péritoine. Quand une seule trompe est prise, le chirurgien peut, s'il voit la malade assez tôt, faire l'ouverture méthodique du cul-de-sac latéral du vagin, disséquer le ligament large jusqu'à la trompe sans ouvrir le péritoine, inciser la cavité kystique. Ces moyens suffisent parfois pour guérir, à condition qu'on laisse à demeure un tube à drainage pour les injections antiseptiques jusqu'à la rétraction des parois de la cavité. Dans ce cas, on obtient également de bons résultats en en-

levant l'unique trompe intéressée par voie abdominale ou vaginale.

Pour un chirurgien exercé, il est généralement facile de savoir si les deux trompes sont prises en combinant le toucher vagino-rectal au palper hypogastrique. Lorsqu'il reste des doutes, on peut les lever en ouvrant le péritoine par l'abdomen ou par le vagin et en s'assurant de l'état des organes.

Des lésions tubaires analogues à celles que nous venons de mentionner sont une cause de stérilité irrémédiable : il est inutile de songer à la conservation d'une fonction perdue ; le chirurgien n'a plus qu'à enlever les trompes. L'opération peut être faite facilement par la voie abdominale, si la suppuration est tubo-utérine, s'il n'y a pas d'adhérences anciennes et solides.

Depuis de longues années, nous avons posé en principe que, dans ces cas, il est préférable d'extirper en même temps l'utérus, les trompes et les ovaires par voie vaginale.

C'est sur ce point qu'ont porté les discussions les plus ardentes, relatives à la thérapeutique des affections pelviennes.

Des lésions suppurées bilatérales exigent une intervention décisive, tout le monde l'admet. Quelle est la meilleure voie à suivre? Quelle est la meilleure des méthodes proposées ? Tel est le problème à résoudre.

Bon nombre de nos confrères, s'en tenant à une tradition qui a longtemps régné en maîtresse en chirurgie, croient qu'il faut faire une laparotomie, enlever les trompes et les ovaires et laisser l'utérus en place.

J'ai déclaré et je me suis efforcé de démontrer qu'il est préférable de ne pas toucher à la paroi abdominale et d'enlever l'utérus et ses annexes par voie vaginale. J'ai été assez heureux pour rallier à mes idées d'éminents collègues. Deux d'entre eux, Segond et Reclus, les ont défendues avec une conviction et un talent qu'il est impossible de surpasser. Leurs plaidoyers ont soulevé des tempêtes ; les plus modérés de nos adversaires ont formulé des réserves défiantes et d'amères critiques. Mon opinion n'a été modifiée en quoi que ce soit ; je pense aujourd'hui, comme je le pensais il y deux ans, au moment du Congrès de Berlin, que ma méthode est la plus sûre et la meilleure qu'on puisse appliquer dans le traitement des suppurations pelviennes avec lésions bilatérales des annexes de l'utérus.

Comme cette conviction n'a rien de sentimental, je vais essayer d'exposer aussi brièvement et aussi clairement que possible les raisons sur lesquelles elle repose.

Rappelons d'abord la solidarité pathologique de l'utérus et de ses

annexes. J'ai dit et répété qu'il est presque toujours pris en même temps que les trompes. Les lésions suppuratives limitées aux ovaires sont extrêmement rares, sauf à la suite de traumatismes. Ces organes sont envahis moins facilement que les conduits tubaires à la suite de phlegmasies intra-utérines. Cela n'empêche pas que chez toutes mes opérées, ou à peu près, ils présentaient des lésions sérieuses, le pus était collecté en abcès, ou il infiltrait le parenchyme. Dans les cas moins avancés, ils avaient diminué de consistance, étaient devenus friables; on sait avec quelle facilité ils se sclérosent et contractent des adhérences. Ainsi transformés, ils ont perdu leur utilité et ne sont bons qu'à faire souffrir. Poussées de pelvi-péritonite, métrorrhagies profuses, accidents nerveux apparentés à l'hystérie, ces manifestations se succèdent, se compliquent, évoluent tumultueusement en même temps. Elles sont assez pénibles pour qu'on n'hésite pas à enlever l'organe dégénéré qui les provoque.

L'invasion du péritoine pelvien et des ligaments larges n'est pas une éventualité rare; elle implique la nécessité de donner au pus une large issue vers l'extérieur, suivant la direction la plus déclive; c'est le seul moyen d'éviter l'ouverture spontanée du côté de la vessie, du rectum et de l'intestin grêle. La voie qui répond réellement à cette indication, nous n'avons pas besoin de le dire, c'est la voie vaginale.

Ainsi, d'une part, la connexion des lésions de l'appareil génital interne motive et légitime l'ablation *in toto* de l'utérus, des trompes et des ovaires; de l'autre, la nécessité de frayer au pus une large voie dans le sens suivant lequel son écoulement sera le plus facile, conduit nécessairement à l'idée qu'il faut opérer de préférence par le vagin.

Ces raisons ne sont pas les seules pour lesquelles j'ai proposé de substituer notre méthode à celle dont on avait si bien cru l'adoption définitive.

Je préfère l'extirpation de l'utérus et de ses annexes par voie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes à l'ablation isolée des annexes par l'abdomen, parce que je considère la première opération comme plus facile dans les cas graves, parce que je la crois plus sûre, parce qu'elle met à l'abri des redoutables inconvénients des laparotomies.

C'est, dira-t-on, faire bon marché des objections. Je connais celles qu'on a soulevées; j'ai admiré les petits chefs-d'œuvre de dialectique à l'aide desquels on s'est efforcé de les rendre irréfutables; mais je suis forcé de reconnaître que nos contradicteurs ont durement peiné pour bâtir sur le sable.

L'opération que je propose, disent-ils, est difficile; elle est barbare,

car elle comporte fatalement le sacrifice d'une fonction qui pourrait être conservée ; elle est infidèle dans ses résultats, parce qu'elle oblige d'abandonner dans le bassin des fragments de tissu altérés qui donneront lieu à des fistules intarissables ou à des récidives; la statistique qu'elle fournit est moins favorable que celle de l'ablation isolée des annexes par l'hypogastre. Voilà les arguments les plus sérieux ou plutôt les seuls sérieux qu'on a développés contre la méthode; nous allons tâcher d'y répondre.

A. — *L'extirpation de l'utérus et de ses annexes par voie vaginale est difficile; elle expose à des hémorragies qu'il est difficile d'arrêter.*

On ne se douterait guère, en lisant ce qui a été dit de différents côtés, particulièrement à la Société de chirurgie, qu'on est en présence d'une méthode dont l'application est extrêmement laborieuse; je ne rappellerai pas ici le manuel opératoire; tout le monde le connaît et cela m'entraînerait dans des développements superflus. De nombreux confrères ont fait pour la première fois l'opération dans des conditions exécrables, chez des malades pour lesquelles ils n'espéraient plus arriver à rien par les procédés habituels; ces confrères ne connaissaient la méthode que par ouï dire ; ils ne l'avaient jamais ni appliquée ni vu appliquer, et cependant ils ont débuté par des succès. Beaucoup d'opérations de ma statistique ont été faites sous mes yeux avec habileté par mes internes à l'hôpital Saint-Louis.

L'hémorragie n'est pas plus à craindre par une voie que par une autre pour qui sait placer à propos des pinces.

Est-on bien autorisé, en présence de telles circonstances, à parler de difficultés opératoires? C'est là une simple hyperbole.

B. — *On sacrifie de parti pris une fonction qu'on pourrait conserver si les lésions étaient unilatérales, et il est impossible de savoir si elles le sont.*

Je n'ai jamais dit qu'il fallait enlever l'utérus et ses annexes pour des affections d'un seul côté; mais j'ai dit et je répète qu'il est aussi facile de se rendre compte de l'état des organes pelviens quand on opère par voie vaginale que quand on opère par voie abdominale. Il suffit d'ouvrir le cul-de-sac du péritoine, d'introduire le doigt par l'ouverture et de reconnaître l'état des annexes ; si elles sont kystiques d'un seul côté, il est facile de les attirer et de les extirper. Il est même

facile, grâce à ce procédé, de voir si la maladie a son point de départ dans un organe voisin, tel que la vessie ou l'intestin. Dans un cas où une collection purulente paraissait appartenir aux trompes, j'ai pu m'assurer, au moyen d'une incision faite dans le cul-de-sac postérieur, qu'elle siégeait dans la paroi antérieure du rectum. Dans un cas analcgue, Segond a reconnu que la tumeur appartenait à la face postérieure de la vessie. Qu'on enlève les annexes ou qu'on les laisse en place, quelques points de suture suffisent à fermer l'incision exploratrice.

Pourquoi, d'ailleurs, reprocher si vertement aux partisans de la méthode vaginale une mutilation inutile? Quand on excise les annexes des deux côtés, à quoi peut servir l'utérus, sinon comme terrain de culture pour des micro-organismes ou des éléments cancéreux?

Avant qu'il fut question d'opérer par le vagin, des gynécologistes enlevaient de parti pris, par l'hypogastre, les annexes des deux côtés lorsqu'elles n'étaient malades que d'un seul. Lawson Tait, Savage, Mundé, préconisent aujourd'hui cette manière de faire. Qu'on l'envisage comme on voudra, il est bien difficile de trouver un pareil argument péremptoire.

C. — *Il est impossible d'enlever par voie vaginale tout le tissu morbide; il reste des débris qui donnent lieu à des fistules intarissables et à des récidives.*

Cette assertion est exacte; il est parfois difficile d'arracher complètement de vastes poches purulentes, très adhérentes. Mais ce qu'on ne peut pas enlever par la voie vaginale, on ne l'aurait pas enlevé davantage par la voie abdominale; il faut dans les deux cas faire le drainage. Or, le drainage, suivant la déclivité par le vagin, est toujours préférable au drainage par l'hypogastre. Une malade de mon service, à propos de laquelle Bazyn avait reproché à la méthode de laisser à sa suite des trajets fistuleux, est aujourd'hui complètement guérie sans qu'on ait fait autre chose que du drainage et des injections antiseptiques. L'objection s'applique bien plus justement aux opérations faites par voie abdominale. Je possède un nombre respectable d'observations dans lesquelles l'utérus a dû être enlevé en dernier ressort par le vagin, parce que la suppuration avait continué, malgré l'ablation des annexes. Chez une malade que j'ai eu l'occasion de voir ces jours derniers, et qui est guérie, on avait ouvert un premier abcès pelvien par le cul-de-sac postérieur du vagin, les accidents continuèrent; l'ablation par voie abdominale des annexes du côté droit ne les

fit pas disparaître, celle des annexes du côté gauche, faite par un troisième chirurgien, ne les guérit pas d'avantage. Lorsque j'eus enlevé l'utérus par voie vaginale, je m'aperçus qu'une partie de la trompe, de ce côté, avait été laissé en place et qu'elle donnait, comme la matrice, du pus en abondance. Une malade chez laquelle Peyrot appliqua la méthode en question, avait eu les annexes enlevées peu auparavant par voie abdominale par Richelot.

D. — *La statistique des opérations faites par voie vaginale contre les suppurations pelviennes est moins favorable que celle des opérations faites par voie abdominale.*

Différents confrères ayant déjà répondu, je me bornerai à donner ici quelques chiffres de ma statistique :

Au mois d'août 1890 j'avais 60 opérations sans un insuccès. Après les vacances je repris mon service à Saint-Louis le 17 septembre 1890. Voici les résultats que j'ai eus depuis ce moment jusqu'au 1er janvier 1892 :

17 septembre 1890 au 1er janvier 1891 : 18 opérations ; pas de mortalité.

1er janvier au 31 décembre 1891 : 72 opérations, 1 malade morte d'épuisement le sixième jour.

Sur ces 150 malades, dont les observations ont été régulièrement suivies, 145 sont encore vivantes et complètement guéries.

4 ont succombé au cours de l'année qui a suivi l'opération dans les conditions suivantes :

2 mortes de tuberculose pulmonaire.

1, d'hémorragie cérébrale.

1, d'accidents dûs à la syphilis viscérale.

Sur cette statistique de 150 cas nous avons donc un seul décès qu'on peut mettre au passif de l'intervention. Peu d'opérations fournissent de meilleurs résultats.

Dans presque tous ces cas nous avions affaire à des suppurations de date ancienne, intéressant à la fois l'utérus et ses annexes, la plupart étaient accompagnées d'accidents généraux et locaux qui rendaient la vie insupportable aux malades. J'ai noté des manifestations hystériques, depuis la grande attaque jusqu'aux accès de somnambulisme. La dysparcunie et le vaginisme étaient fréquents. Plusieurs personnes avaient un sphacèle étendu du corps utérin; chez d'autres des ulcérations de la portion des trompes voisine de l'utérus avaient

amené la formation d'hématocèles, puis de suppurations; les hématocèles, les cystocèles, les rectocèles ont été souvent observés; chez d'autres femmes, le rectum distendu à l'extrême était sur le point de se rompre et le détachement des adhérences fut extrêmement difficile; les fistules rectales ont été communes. Comme ces accidents dataient de longtemps, l'état général laissait à désirer, les douleurs ne pouvaient être calmées que par des doses de morphine telles que beaucoup de malades étaient devenues morphinomanes; quelques-unes avaient de l'albumine dans les urines; presque toutes étaient pâles, amaigries, hémophiliques. Or, chez toutes nos malades les accidents qu'elles éprouvaient ont disparu : seules deux d'entre elles ont conservé quelques douleurs cystiques ou hépatiques antérieures à l'opération et qui ont fini à leur tour par céder.

Nos résultats ne peuvent être comparés légitimement avec ceux d'opérations faites par voie abdominale pour des affections légères, sans suppuration pelvienne, salpingites catarrhales ou interstitielles, ovaires micro-kystiques. Rien de pareil ne rentre dans nos statistiques portant exclusivement sur des suppurations bilatérales graves.

Dégagées de toutes ces considérations collatérales, de toute amplification plus ou moins heureuse, les objections des adversaires de l'opération se réduisent presque à rien.

Un seul reproche à peu près motivé peut être fait à l'intervention par voie vaginale. L'état de virginité, l'étroitesse et la rigidité du vagin constituent de mauvaises conditions opératoires : elles rendent l'intervention plus difficile et enlèvent au chirurgien une partie de sa liberté d'action; il est parfois utile de débrider la vulve. Mais dans tous ces cas, avec l'anesthésie, un bon armamentarium, des aides exercés et au courant du procédé, nous avons atteint le but sans peine et, si réelles que soient les difficultés signalées, elles ne sont en aucun cas insurmontables.

En montrant la valeur des arguments contradictoires, nous avons déblayé le terrain. Les considérations sur les avantages de notre méthode que nous avons exposées au début conservent leur pleine et entière importance. Il est facile de la rendre manifeste en faisant un court parallèle entre les méthodes qu'on a opposées l'une à l'autre.

J'ai dit que l'extirpation isolée des annexes par voie abdominale avait des inconvénients; le premier et le plus grave, c'est que bien souvent elle ne conduit pas au but visé. Je ne reviens pas sur les faits déjà cités qui le prouvent. Les difficultés opératoires dans les cas compliqués ne sont pas aussi insignifiantes qu'on veut bien le dire. Il faut laisser à peu près toujours des pinces hémostatiques à de-

meure. J'aime mieux qu'elles restent dans le vagin que dans l'abdomen.

La plaie cicatrisée, tout n'est pas fini. Reste le danger d'éventration, perspective attristante pour les optimistes. Pour l'éviter, l'incision abdominale à été rapetissée à tel point que les avantages tant vantés d'un grand jour et d'une large voie pour l'examen des organes ont été perdus. En 1887, un chirurgien américain, Gyle Wylie, de New-York, présentait à la Société obstétricale de cette ville un mémoire portant sur soixante-sept laparotomies faites par lui. Cinq étaient destinées à remédier à des éventrations post opératoires.

Hégar, Kaltenbach, Güsserow croient ces accidents fréquents. Je n'ai pas eu besoin d'aller en Allemagne ou en Amérique pour en rencontrer. J'ai eu dans mon service une malade à laquelle Pozzi avait fait une toute petite incision sus-pubiennne afin de pratiquer l'hystéropexie à cause d'un prolapsus utérin ; elle en avait une. J'ai dû extirper l'utérus à cause d'une suppuration hypogastrique à une personne à laquelle Bazy avait extirpé les annexes par l'abdomen sans la guérir. Une moitié de la trompe droite, qui n'avait pas été enlevée, était en partie la cause des accidents : quand je l'opérai, cette malade avait, en même temps que le reste, une éventration. On est bien obligé d'admettre qu'il n'y a rien de pareil à craindre avec ma méthode.

L'alternative est peu brillante : ou l'on ramène l'incision à sa proportion minimum et l'examen des organes sur lesquels on doit opérer est défectueux ; ou bien on lui donne une étendue raisonnable, et on brave ainsi les chances de hernie abdominale ultérieure. Les modifications opératoires plus ou moins ingénieuses qu'on a proposées ne remédient à rien. L'incision latérale correspondant au pli de l'aine ne permet pas toujours d'arriver sur le mal et, quand on y arrive, on en reconnaît difficilement l'étendue. La voie périnéale ne vaut pas mieux. La voie sacrée, qui exige des désordres inutiles, ne conduit pas plus sûrement au but que les autres.

Nous avons limité notre discussion aux cas les plus simples, aux suppurations dans lesquelles les organes de voisinage sont intacts. Passons à des variétés aussi fréquentes et plus graves.

II

Nous avons appelé *mixtes* les suppurations dans lesquelles il existe en même temps une affection d'une autre nature d'un des organes pelviens. On rencontre souvent : des rétractions cicatricielles du vagin

et de l'utérus, des fibrômes utérins, des cancers oblitérant les orifices tubaires ou cervicaux. Sur les cent cinquante opérées que nous avons mentionnées plus haut, plusieurs étaient affectées de retrécissements et d'oblitérations cicatricielles. Chez d'autres, au nombre de plus de quatre cents, auxquelles nous avons fait l'hystérectomie vaginale totale pour des fibro-myômes ou des cancers, nous avons trouvé du pus dans l'utérus et dans ses annexes dans un tiers des cas. C'est même ce qui explique pourquoi ces malades éprouvaient des douleurs intolérables, qui nous obligèrent à intervenir. Nous n'avons pas eu du reste à le regretter puisque nous avons pu, grâce à notre méthode, obtenir nonante-sept succès sur cent opérées.

Ces suppurations mixtes peuvent donner lieu à des indications opératoires spéciales.

Est-on en présence d'un rétrécissement de la partie supérieure du vagin masquant le col? Avant d'enlever l'utérus et ses annexes, il faut débrider largement le vagin des deux côtés et rétracter ses parois.

Si la portion vaginale du col a été complètement détruite, celle qui reste est recouverte par la muqueuse du vagin : il faut alors débrider transversalement le fond de ce conduit et faire une dissection bilatérale de la portion sus-vaginale du col jusqu'à une certaine hauteur, puis enlever par morcellement l'utérus et ses annexes.

Dans les cas d'oblitérations cicatricielles étendues du corps, comme on en observe souvent à la suite de cautérisations intempestives énergiques et répétées, le morcellement de l'utérus devra être fait avec grand soin de manière à éviter la blessure involontaire des annexes altérées par la suppuration.

Lorsqu'un cancer en est la cause, ce qui n'est pas rare, l'ablation totale de l'utérus et des annexes est indispensable. Nous avons insisté il y a longtemps sur les précautions nécessaires en pareil cas. Si le col seul est envahi, on l'enlève en totalité avant d'ouvrir les culs-de-sacs péritonéaux : on fera soigneusement l'antisepsie dans le vagin avant l'extirpation du corps et des annexes.

III

Un mot maintenant sur les suppurations pelviennes compliquées. J'appelle ainsi celles qui se sont ouvertes spontanément du côté de l'intestin grêle, de la vessie ou du rectum. Elles sont souvent accompagnées de tuberculose du péritoine pelvien, des ovaires, des trompes et même de la muqueuse utérine.

L'ablation complète de l'utérus et des annexes par voie vaginale est préférable à l'extirpation par voie hypogastrique. Elle expose moins à la souillure des organes pelviens par les matières provenant des viscères intéressés, car elle permet leur écoulement à l'extérieur par une voie courte et directe. Elle facilite les lavages antiseptiques. On est généralement surpris de la rapidité avec laquelle se ferment, après l'extirpation de l'utérus, les trajets fistuleux, lorsqu'ils ont été convenablement raclés, lavés et drainés. Chez nos opérées, toutes les fistules stercorales se sont fermées spontanément : nous en avons eu deux chez lesquelles il a fallu fermer intérieurement par le vagin la fistule urinaire. La célérité de la guérison forme un contraste frappant avec ce qui se passe après l'extirpation isolée des annexes par voie abdominale. Celle-ci laisse à sa suite des fistules qui durent des années et souvent ne tarissent jamais. Des poussées de pelvi-péritonite remettent périodiquement tout en cause jusqu'au jour où l'on se résigne à enlever la matrice par le vagin.

Notons encore l'existence fréquente, dans le cas de suppuration pelvienne, de kystes hématiques et purulents de l'ovaire et du ligament large. On peut les enlever en même temps que l'utérus si leur volume ne dépasse pas celui d'une tête de fœtus à terme. Quand ils sont trop adhérents, on les suture aux parois du vagin et on les traite par le drainage.

Nous venons de parler de complications étendues et graves accompagnant les suppurations et dans lesquelles notre *méthode est seule applicable.* Il ne faudrait pas croire que la présence du pus en abondance est nécessaire pour qu'elle *soit seule applicable*; il y a des cas (ils ne sont pas rares), dans lesquels des inflammations à peine suppurées de l'utérus et de ses annexes ont amené des adhérences scléreuses, péritonéales, cloisonnant le bassin, circonscrivant de petites collections purulentes ou séro-purulentes, enclavant la matrice ainsi que ses annexes, au point de leur enlever toute mobilité, et remplissant la cavité pelvienne d'une masse phlegmoneuse, diffuse, dont la consistance rappelle celle d'un véritable mortier. Je crois devoir insister à nouveau sur ce fait que de pareils cas, qui ne sont nullement des raretés, sont complétement en dehors de la sphère d'action de la laparotomie.

Conclusions.

I. — Les suppurations pelviennes, étudiées dans cette communication, sont celles qui ont pour point de départ l'appareil génital interne de la femme.

II. — On peut les diviser en suppurations types (il n'existe pas d'autres lésions pelviennes que la suppuration); suppurations *mixtes*, accompagnées d'une affection quelconque des organes voisins (sténose vaginale ou utérine, tumeur utérine); suppurations compliquées (avec ouverture du foyer dans une cavité splanchnique).

III. — Les plus difficiles à traiter sont celles qui durent depuis longtemps et qui ont provoqué des désordres graves du côté de l'utérus et de ses annexes.

IV. — La discussion principale relative au meilleur mode de traitement porte aujourd'hui sur la question suivante : Vaut-il mieux enlever les annexes seules par voie abdominale, en laissant l'utérus en place, ou enlever l'utérus et les annexes par voie vaginale?

V. — L'extirpation de l'utérus et des annexes par voie vaginale (méthode de Péan) est préférable à l'extirpation isolée des annexes par voie abdominale pour les raisons suivantes :

1° Elle est d'une exécution aussi facile dans les cas simples, beaucoup plus facile dans les cas graves ou compliqués;

2° Elle est plus fidèle dans ses résultats, permet beaucoup mieux d'évacuer complètement les foyers purulents, de les laver et de les drainer; elle expose beaucoup moins à la continuation et aux récidives du processus;

3° Elle donne une voie beaucoup plus favorable à l'écoulement du pus et des liquides morbides;

4° Elle n'expose pas à la suppression d'une fonction qu'il serait possible de conserver, car, par des incisions exploratrices convenablement faites dans les culs-de-sac vaginaux, on peut se rendre compte de l'unilatéralité ou de la bilatéralité des lésions et régler son intervention en conséquence;

5° La mortalité est presque nulle et les résultats éloignés sont plus favorables qu'avec l'extirpation par voie abdominale;

6° Elle supprime les dangers d'éventration avec lesquels il faut compter à la suite des laparotomies;

VI. — Dans les suppurations pelviennes mixtes et compliquées, l'extirpation par voie vaginale est la seule méthode qui convienne; la technique opératoire comporte des modifications légères d'après la nature des affections concomitantes et des complications.

Ch. Willems (Gand). — Mon intention n'est pas de prendre position dans la discussion sur la valeur relative de la laparotomie et de l'hystérectomie dans le traitement des suppurations pelviennes. Je voudrais seulement appeler l'attention du Congrès sur une troisième opération qui me paraît avoir sa place marquée à côté, ou plutôt entre les deux premières ; je veux parler de la périnéotomie.

Dans son remarquable rapport, M. Paul Segond a jugé la périnéotomie sommairement et sévèrement. Tout en accordant qu'il est peut-être sage de surseoir au jugement définitif de la méthode périnéale, il estime qu'elle ne pourra jamais être mise en parallèle avec la laparotomie et l'hystérectomie vaginale par morcellement.

Après avoir fait de la périnéotomie une étude approfondie sur le cadavre, j'ai acquis la conviction que loin de mériter cette condamnation, elle pourrait, au contraire, rendre des services dans toute une catégorie de lésions suppurées des annexes.

Mais je n'entends pas la périnéotomie comme M. Segond me semble la comprendre. Sans doute, s'il appelle ainsi une simple incision faite à travers le périnée pour atteindre une collection purulente et l'évacuer, il a cent fois raison d'attacher peu de valeur à une telle opération ; j'ajouterai que Hegar, qui l'a pratiquée, ne la recommande guère. Mais, il y a une autre périnéotomie, qui a été imaginée par Otto Zuckerkandl pour l'extirpation du rectum, de l'utérus, et quelques autres opérations intra-pelviennes : c'est la périnéotomie à lambeau. C'est elle que je crois applicable au traitement des suppurations pelviennes, je dirai tantôt dans quelles circonstances.

On sait que cette opération consiste à faire dans le périnée une incision en forme de trapèze ou de demi-cercle, placée devant l'anus, et arrivant latéralement contre les tubérosités ischiatiques. En approfondissant cette large incision, on dédouble le septum recto-vaginal, jusqu'au cul-de-sac de Douglas, que l'on effondre. On pénètre ainsi dans la cavité pelvienne par une large brèche, qui admet facilement la main toute entière. Il ne s'agit donc plus ici d'une simple incision : on a taillé aux dépens du périnée un véritable lambeau, comprenant le rectum, lambeau que l'on peut déjeter, de manière à diminuer dans de fortes proportions, la profondeur de la plaie.

Supposons maintenant que nous ayons pratiqué cette opération, dans un de ces cas de lésions invétérées des annexes, de poches purulentes multiples et adhérentes, au milieu desquelles l'utérus se trouve enclavé, un de ces cas pour lesquels beaucoup de chirurgiens considèrent aujourd'hui l'hystérectomie comme indiquée. On m'accordera que, chez un certain nombre de ces malades, le large débride-

ment périnéal sera suffisant pour permettre de reconnaître et d'ouvrir, au moins aussi bien qu'après l'hystérectomie, les diverses poches purulentes; on m'accordera encore que, dans le cas donné, le drainage sera tout aussi parfait qu'après l'hystérectomie, puisque la plaie occupe un point tout aussi déclive. Et ce résultat serait obtenu sans que l'utérus ait été sacrifié. L'objection capitale élevée contre l'hystérectomie, objection dont M. Segond lui-même reconnaît la valeur, serait ainsi réduite à néant.

On pourrait, il est vrai, m'objecter *a priori*, la difficulté et la gravité de l'opération préliminaire. Pour ce qui est de sa difficulté, je ferai d'abord observer que toute opération, faite dans les conditions que j'ai supposées, sera nécessairement difficile: je n'en excepte pas l'hystérectomie, qu'on ne saurait faire passer pour une opération simple et facile, et si M. Segond la trouve telle aujourd'hui, c'est sans doute que l'expérience qu'il en a acquise a accru son habileté; il ne la trouvait pas aussi facile à l'origine, puisque à la Société de chirurgie, il disait ne pouvoir engager personne à la faire, sans l'avoir vu pratiquer. Après de nombreuses opérations cadavériques, je puis affirmer qu'il en est de même pour la périnéotomie; que là aussi les difficultés s'aplanissent, à mesure qu'on s'y exerce davantage.

La gravité? La périnéotomie n'ayant jamais été faite sur le vivant pour suppuration pelvienne, il m'est impossible d'apporter ici des faits. Mais la même opération a été pratiquée pour l'extirpation d'une tumeur de la vessie et deux fois pour l'ablation de l'utérus carcinomateux. Dans aucun de ces cas il n'a été signalé d'accident : l'hémorragie elle-même, qu'on pourrait craindre au premier abord, n'a pas toujours été abondante, et jamais l'hémostase n'a offert de difficulté.

Mais, je me hâte de le reconnaître, la périnéotomie ne saurait prétendre à remplacer toujours l'hystérectomie. Il est telles lésions, notamment lorsque des poches purulentes existent devant l'utérus, pour lesquelles l'ablation de la matrice peut assurer un drainage beaucoup plus parfait. Aussi, si ces conditions ont pu être diagnostiquées d'avance, ne faut-il pas faire la périnéotomie, et si elles ne sont reconnues qu'après l'incision périnéale, faut-il ajouter l'hystérectomie à cette dernière.

Voici donc, pour me résumer, comment j'estime qu'il faudrait procéder, quand on se propose d'intervenir dans un cas de suppuration du bassin. Si l'on ne croit pas pouvoir pratiquer la laparotomie, il faudrait essayer de déterminer s'il existe des poches purulentes devant l'utérus, et dans ce dernier cas, mais dans ce cas seulement, procéder

d'emblée à l'hystérectomie. Dans tous les autres cas, c'est-à-dire chaque fois qu'on ne reconnaît pas une prédominance de lésions pré-utérines, il faudrait faire la périnéotomie à lambeau, et ouvrir la première poche purulente que l'on rencontre, ce qui sera facile et rapide, si elle occupe le cul-de-sac de Douglas, mais ce qui sera encore très possible si elle est située à l'un des angles de l'utérus, ou à son sommet. La plaie périnéale, qui permet, comme je l'ai dit, d'introduire toute la main, rendra maintenant le palper bimanuel extraordinairement facile; on reconnaîtra et on ouvrira l'une après l'autre toutes les poches purulentes, avec une sûreté inconnue dans l'hystérectomie.

Mais si, au cours de l'opération, on s'aperçoit que les lésions sont si étendues que l'enlèvement de l'utérus peut seul assurer le drainage, il ne faut plus hésiter à sacrifier cet organe séance tenante ou ultérieurement, et cette fois on aura la certitude de faire une mutilation indispensable. La plaie périnéale sera alors utilisée pour l'hystérectomie : La demi-circonférence postérieure du vagin se trouvant disséquée, il suffira de fendre verticalement le conduit sur la ligne médiane postérieure, comme Sänger l'a indiqué, et que je l'ai proposé moi-même dans certains cas d'hystérectomie pour cancer.

Mon intention n'est donc pas — je désire que cela soit bien entendu — de substituer la périnéotomie à la laparotomie ni à l'hystérectomie. Je ne touche pas aux indications de la première, et quant à l'hystérectomie, je voudrais seulement qu'on la réservât pour les cas où la périnéotomie serait inapplicable ou n'aurait pas conduit au but, qu'on ne privât la femme de son sexe que lorsqu'il serait bien démontré qu'il n'y a pas autre chose à faire. Je suis persuadé qu'appliquée conformément à ces principes, l'incision périnéale, au lieu de nuire à l'hystérectomie, lui rendrait service, en la faisant accepter par certains chirurgiens à qui la castration utérine répugne encore aujourd'hui.

Quant à la question de savoir dans combien de cas la périnéotomie pourrait suffire, à combien de femmes on pourrait ainsi conserver l'utérus, c'est là une question que je ne saurais trancher. Seront-elles nombreuses, seront-elles rares : ce serait à la clinique à nous l'apprendre. Mais, quand bien même l'expérience prouverait que les guérisons radicales par simple périnéotomie sont exceptionnelles, j'estimerais encore qu'il y a lieu de donner à la femme le moyen de bénéficier de cette chance heureuse.

William Travers (Londres).— If any « raison d'être » were needed for this Congress, the extent of thc knowledge of the very important subject contained in this paper and the great ability shown in its presentations to us, would find a sufficient cause. With much that the paper pourtrays every surgeon must agree, who has had much experience in abdominal surgery. Undoubtedly every carefully devised therapeutic means should be tried before a resort be made to Surgeon's procedure, only, that careful watchings must be kept up lest the patient fall into too weak a condition, to give this resort a fair chance. Granted however such symptoms as clearly point to the presence of actually existing pus, as shown by temperature, rigors, fever, (of typhoid type) no therapeutic measures are likely to stay its progress or danger; and its proclivity to find an escape at some surface will lead to openings into bladder, rectum, or vagina, with all their dangerous consequences, immediate or remote. The views of Doléris, as quoted by the Author, are intended for the *prevention* of suppuration-we are now dealing with the *treatment of pelvic suppuration.*

The point alone on which indeed I would join issue with Dr Segond is as to, and from, which surface I would attempt to reach the pus, and despite the strong, and very able argument, shown in favor of doing this by a vaginal hysterectomy, I would most strongly urge, and in this I feel certain I am expressing the views of most British Surgeons, that laparotomy be the operation chosen, making the incision either central, lateral (just outside the rectus muscle), or inguinal as the position of the presumed abscess may indicate. An incision through the abdominal wall allows free use of the fingers for exploration and diagnosis, for seeing more or less what is being done and *decidedly* (although apparently acting against the laws of gravity) does admit of easier and more free drainage. The question of scar, remembering that in the present day such wounds are made no larger than absolutely necessary, may very well be left out of the question ; and so far as danger is concerned I believe that it is incomparably less in the plan I advocate. With regard tho the difficulties in removing the ovaries ; in bad cases, I am satisfied that they can with almost certainty always be removed, (by breaking down perhaps) through an abdominal wound, whilst they must often have to be left alone through a vaginal one. Finally whether as a means of perfecting diagnosis in a doubtful, but serious, case, or for an already diagnosed *pelvic suppuration*, I would urge the adoption of Abdominal Section.

Jacobs (Bruxelles). — En prenant part à la discussion des suppurations pelviennes mon intention est d'envisager le traitement de ces affections à un point de vue quelque peu personnel peut-être, mais basé sur les cas relativement nombreux que j'ai eus à traiter dans ces dernières années.

M'est avis, bien que la division soit un peu poussée à l'extrême, que l'on peut à bon droit distinguer ou diviser les suppurations pelviennes en *intra et extra-péritonéales* suivant le siège primitif des collections purulentes, division qui donne comme indications thérapeutiques, une intervention *directe ou indirecte*, chirurgicale radicale ou chirurgicale toute d'indications.

Dans la première catégorie, nous rangeons les *salpingites*, *ovarites, kystes et tumeurs suppurées*. S'il est admis, et telle est ma conviction, que dans le pelvis, comme ailleurs, la présence du pus demande son évacuation rapide, j'estime qu'il ne viendra plus aujourd'hui à la pensée d'aucun praticien que la conduite à tenir dans ces différents cas est l'expectation pure et simple, la nature devant, avec l'aide de quelques palliatifs, amener la guérison.

Cette nécessité admise, quelle voie devons-nous suivre pour arriver à l'intervention la plus efficace et en même temps la moins dangereuse pour les malades? Tout dépend ici de l'étendue des lésions, de leur siège et de l'état des organes qui environnent le foyer purulent.

Dans les kystes et les tumeurs abdominales suppurées, la laparatomie est et restera l'opération de choix, excellente dans ses résultats immédiats et éloignés.

Pendant longtemps, dans les salpingites et les ovarites suppurées, l'intervention par l'abdomen fut l'opération pratiquée sans ou presque sans opposition de la grande majorité des chirurgiens. Il y a quelques mois que M. Segond rappela l'attention du monde médical sur les indications de l'hystérectomie vaginale dans ces cas de suppuration des annexes utérines. Chose singulière et remarquable, ce n'est guère que depuis cette époque que l'on vit s'élever de tous côtés les adversaires convaincus de l'opportunité de l'intervention radicale dans les annexites suppurées !

L'hystérectomie vaginale simple ou par morcellement, lorsque l'étendue des lésions péri-utérines s'oppose à l'ablation en bloc, est préférable à la voie abdominale lorsque la bilatéralité des lésions est diagnosticable, ce qui est facile dans la plus grande majorité des cas. Certes, dans bien des cas, nous pourrions suivre la voie abdominale avec plus ou moins de difficultés et en laissant comme

trace de notre intervention des dégâts plus ou moins grands et plus ou moins étendus, mais si nous pouvons prouver qu'il est des cas nombreux dans lesquels la voie abdominale est sinon impraticable, tout au moins imparfaite, si nous pouvons prouver que l'hystérectomie vaginale, même dans les cas les plus graves de suppurations des annexes avec envahissement des organes voisins est moins grave en tant qu'opération que la laparotomie et souvent moins laborieuse, donne des guérisons remarquables là où la voie abdominale est impuissante, croyez-vous que l'énorme opposition faite à l'hystérectomie vaginale par morcellement puisse résister longtemps?

J'estime que les résultats acquis actuellement parlent mieux que nous ne pourrions le faire dans ce sens, et je suis convaincu que cette voie opératoire trouve ses indications bien nettes dans les pyo-salpingites et pyo-ovarites bilatérales avec ou sans extension de la suppuration au tissu cellulaire, aux organes voisins.

Je vais même plus loin. Dans les affections anciennes non suppurées des annexes, qui nécessitent l'ablation des organes, je préfère la castration totale par le vagin à l'ablation par l'abdomen. J'ai eu souvent l'occasion de remarquer, et si l'on consulte les résultats éloignés des ovaro-salpingites abdominales le fait n'est pas rare, j'ai vu, dis-je, quelques semaines, quelques mois après l'opération apparaître au niveau du pédicule utérin de la trompe une inflammation localisée qui laisse, après amendement un reliquat inflammatoire, des exsudats organisés.

Parfois cette inflammation s'étend à l'utérus lui-même. Nous ne pouvons que laisser subsister les pédicules tubaires dans les salpingotomies abdominales. Or, si bien cautérisés qu'ils soient, si antiseptiques ou aseptiques que soient les précautions opératoires, nous ne pouvons nous rendre maîtres de l'inflammation de l'organe dans son trajet utérin, ou pré-utérin, pas plus, d'ailleurs, que l'ovaro-salpingectomie ne guérit l'endométrite infectieuse primaire. La fréquence de ces inflammations tardives, non pas consécutives à l'opération par l'abdomen, mais conséquences de l'affection, me font préférer l'hystérectomie vaginale avec l'ablation des annexes par le vagin, opération qui par son radicalisme même évite des suites fâcheuses.

J'ai dû pratiquer plusieurs fois des hystérectomies vaginales à la suite de laparotomies de ce genre, et jamais je n'ai pratiqué de laparotomie à la suite d'hystérectomie vaginale !

Ce qui m'a fait épouser les idées défendues par Segond, ce sont les résultats que j'ai obtenus, et qui comparés aux laparotomies, sont tout à l'avantage de la première voie.

Les laparotomies me donnent 3, 7 % — de décès.

L'hystérectomie vaginale, 2 % — pourcentage déduit de 58 interventions par cette voie.

Est-ce à dire que l'hystérectomie vaginale est plus facile à pratiquer que la laparotomie? Non! cette voie opératoire offre des difficultés, présente des écueils aussi bien que la laparotomie. Nous savons combien sont laborieuses certaines laparotomies pratiquées dans les suppurations pelviennes compliquées, nous ne nous étonnerons donc pas que la voie vaginale soit également laborieuse dans ces cas.

Mais précisément dans ces cas laborieux, l'avantage est tout à la voie vaginale, car, et c'est encore une observation de pratique, mais une vérité que l'on avoue rarement, nous rencontrons souvent des lésions telles que notre laparotomie doit forcément rester exploratrice. Dans ces cas là, l'hystérectomie vaginale donne ses plus beaux résultats.

Je vous disais que l'intervention doit être la règle lorsque le pus est dans le pelvis. Cette intervention, toute admise qu'elle soit, a fait naître bien des méthodes sur lesquelles je veux à mon tour dire quelques mots.

La dilatation de l'utérus suivie du curettage préconisée par Walton est une intervention qui peut trouver ces indications dans des cas de suppurations tubaires simples, cas dans lesquels on peut, par ce moyen, amener l'évacuation du pus par l'orifice utérin de la trompe dilatée. Mais si les adhérences et les lésions tubaires sont telles que la dilatation de cette orifice tubaire ne peut conduire que dans une cavité de minime importance à côté des cavités voisines non en communication avec la première, ce mode d'intervention est illusoire et peut devenir dangereux.

La méthode de Laroyenne peut conduire à l'évacuation des collections purulentes péri-utérines, mais si j'ai obtenu quelques guérisons radicales par ce moyen, je dois signaler des fistules vaginales consécutives intarissables.

Je reproche en outre à ce procédé de laisser en place un utérus malade.

Je me résume donc :

I. — Les pyo-salpingites et les pyo-ovarites unilatérales réclament l'intervention par la voie abdominale.

II. — Dans les pyo-salpingites et les pyo-ovarites bilatérales *simples* l'intervention par la voie abdominale donne de bons résultats, la voie vaginale (castration totale) est préférable. Les cas *compliqués* réclament l'hystérectomie vaginale.

III. — Les kystes et tumeurs abdominales suppurées réclament la laparotomie.

Dans les *suppurations extra-péritonéales*, on peut intervenir efficacement en favorisant l'évacuation des collections purulentes par la voie vaginale, la voie abdominale avec drainage, l'incision à la cuisse ou à la fesse, suivant le point où le pus paraît chercher une voie d'évacuation.

Mais la collection peut se trouver dans une région telle que pour l'atteindre, il faille pratiquer une véritable opération, soit par la voie vaginale, sacrée, périnéale, ou par la laparotomie. Chacune de ces voies a ses indications et a donné de brillants résultats.

Mais si les adhérences et les lésions des organes voisins de la collection sont telles, si bien organisées et résistantes que toutes ces voies ne permettent d'y atteindre qu'au prix de dégats énormes, je crois que la castration utérine offre une dernière chance de guérison, qu'elle doit être regardée comme un dernier mode d'intervention. C'est évidemment ici une opération toute de nécessité, mais qui m'a donné des succès réellement inespérés.

Ces quelques considérations résumées sont basées sur les statistiques personnelles suivantes :

Laparotomies : mortalité 3. 7 %	*Hystérectomies : Mortalité* 3. 2 %
Ovaro-salping. : 77 cas, 5 décès.	61 cas, 2 décès.
Ovariotomie : 82/159 cas, 1 décès.	

E. Deghilage (Mons). — Messieurs, je lis dans le rapport qui nous est soumis ce qui suit :

« D'accord avec les chirurgiens qui protestent contre les opérations excessives, j'estime qu'on doit tout mettre en œuvre pour en limiter sévèrement les indications. A plus forte raison doit-on s'efforcer d'en prévenir la nécessité.

. . . .

» Doléris l'a spécifié très justement, et je pense avec lui que l'antisepsie vaginale, le *curettage*, la *dilatation* large et le *drainage* de l'utérus sont, au point de vue préventif, des armes toutes puissantes. Il n'est pas douteux qu'en sachant bien les manier, on pourrait diminuer de beaucoup le nombre des cas justiciables des grandes opérations ».

Messieurs, ces lignes impliquent *un encouragement* destiné à rendre plus fréquente la *pratique du curettage*, seul ou combiné, que le savant

rapporteur considère comme une arme toute puissante, pour prévenir ou diminuer, d'après lui, le nombre des cas justiciables des grandes opérations.

Au risque de passer pour un rétrograde, je ne puis donner mon assentiment à semblable opinon, que je trouve détestable et peu conforme à la réalité des faits.

Je n'irai pas jusque prétendre que le curettage constitue un facteur malfaisant dans la thérapeutique des affections utérines, mais l'observation et l'expérience m'ont démontré que cette opération, faite presque toujours abusivement et qui semble passer pour insignifiante, puisqu'on la fait pratiquer par les élèves, est souvent suivie de conséquences terribles.

Les victimes du raclage utérin, vouées à une existence perpétuelle de souffrance, forment légion dans nos grands centres.

Ajouterai-je que je le tiens comme l'*agent provocateur*, par excellence, de l'une *des causes les plus fécondes* des suppurations pelviennes, qui surchargent la nécrologie de nos malades.

Quel praticien, en effet, ne connaît de nombreux cas de simple endométrite et de vulgaire catarrhe utérin transformés, après quelques manœuvres, en complication grave du côté des organes du bassin?

Combien d'accidents déplorables, provoqués par la curette mousse ou tranchante, n'aurions-nous pas à signaler dans cette enceinte, s'il nous était permis d'entrer dans l'examen des faits précis, dont nous avons les mains pleines ?

Bon nombre de ces méfaits, dont l'énumération serait trop longue, sont facilement expliqués par les lois de la physiologie pathologique qui nous démontrent, qu'étant donnée la disposition favorable, tout traumatisme violent subi par la matrice, fait naître à sa suite des phénomènes inflammatoires, ou bien aggrave la phlogose des masses engorgées de voisinage et les entraîne fatalement, comme terme final, vers la purulence.

De là, Messieurs, le point de départ des complications suppuratives, si fréquentes de nos jours et qui ont pour épilogue les témérités opératoires dont le monde médical lui-même s'étonne douloureusement.

Certes, il ne peut entrer dans ma pensée de dénier la valeur, ni la place légitime qu'occupe dans la pratique chirurgicale, le curettage qui sera toujours indiqué dans les endométrites invétérées et végétantes, compliquées ou non d'hémorragie ou bien, quand des débris placentaires sont renfermés dans l'utérus.

Je ne contesterai pas non plus, que certaines affections utérines bénéficient de la dilatation, qui supprime l'obstacle circulatoire et

rétablit la perméabilité des orifices, mais on devra me concéder que les organes génitaux de la femme sont souvent inquiétés sans motif vrai, et qu'ils sont l'objet, à l'heure actuelle, de mille exagérations que rien ne justifie.

Nous avons vu avec plaisir les brillants cliniciens dont la Belgique est fière, MM. Thiry et Crocq, combattre l'engouement pour le curettage et protester du haut de la tribune académique contre la tendance de la chirurgie contemporaine à usurper, sur le terrain gynécologique, les droits de la thérapeutique médicale et naturelle.

Avec l'ardeur, l'éloquence et le talent qui les caractérisent, ils ont mis à néant les sophismes et les théories romanesques qu'on leur opposait.

» Le raclage de la matrice est à la mode; il est devenu une panacée infaillible, ont-ils dit. On curette en aveugle, à tort et à travers, sans utilité réelle et sans se préoccuper des dangers plus ou moins tardifs, ou à courte échéance, à résulter chez leurs victimes.

» L'instrument est érigé en système de traitement exclusif, contre toutes les affections de l'utérus et de ses annexes, quel que soit l'état constitutionnel du sujet.

» De pareils agissements, ajoutent-ils, ont discrédité l'art de guérir ».

Leur protestation a été entendue. On est unanime à reconnaître qu'il existe un abus sérieux contre lequel nous devons nous élever.

La thérapeutique intra-utérine, sans intervention chirurgicale, nous offre, dans la grande majorité des endométrites, suffisamment de ressources pour atteindre notre but. Soyons persévérants. L'opération ne doit être que l'ultimatum rationnel auquel nous devons avoir recours.

Une certaine réaction, heureusement, s'est déjà produite; on est quelque peu revenu de l'enthousiasme et des illusions des premiers temps.

Je me plais à croire que ce que l'on appelle la curétomanie déploiera de vains efforts pour créer de nouveaux adeptes; l'emploi systématique de la curette le fait suspecter.

La science et l'humanité n'auront pas à le regretter.

Sneguireff et **Goubaroff.** — L'anatomie topographique des ligaments larges a été l'objet de recherches minutieuses et assidues et ce sont surtout des talents français qui ont attaché leur nom à l'anatomie de cette région. .

Les principes introduits dans ce domaine de la science par sir Astley Cooper et Aston Key, principes si féconds entre leurs mains, sont devenus plus féconds encore lors de leur transmission en France.

Jarj et Alph. Guérin, travaillant pour un concours, décrivaient, en 1846, les feuillets constituant les ligaments larges et couronnaient l'édifice basé par Thomson et Velpeau sur la superficie de la région inguinale, en descendant dans les profondeurs du petit bassin et tout ce qu'une dissection habile et persévérante pouvait atteindre, a été étudié et décrit.

Déjà, en 1885, en étudiant avec le professeur Sneguireff les dispositions et les rapports du tissu cellulaire sous-péritonéal, nous fûmes frappés des propriétés de ce tissu et des points d'appui opératoires qu'il est capable de fournir.

Dans nos recherches, nous avions pour but d'étudier les voies anatomiques extra-péritonéales, pour atteindre les organes de l'abdomen. Les résultats de ces recherches ont été publiés dans un rapport, que le professeur Sneguireff faisait au deuxième congrès périodique des médecins russes, tenu à Moscou (1886-1887).

En 1887, je publiais une remarque sur les laparotomies extra-péritonéales comme méthode diagnostique. Dans la même année, Bardenheuer publia son grand traité sur le même sujet, traité basé sur des considérations de nature théorique qui de plus n'ont pas, que je sache, été suivies de résultats pratiques encourageants.

Des observations publiées par M. Pozzi attirèrent notre attention sur l'étude du tissu cellulaire du bassin chez la femme et particulièrement sur les voies extra-péritonéales pour atteindre les suppurations des ligaments larges.

Deux voies ou deux types d'incision peuvent donner accès au tissu cellulaire du bassin : 1° l'incision antérieure, la plus ancienne, celle qui a été recommandée par le professeur Burns de Glasgow, pour la ligature de l'artère iliaque et qu'on pratique ordinairement pour exécuter cette opération, et 2° l'incision de Hegar donnant accès par le détroit inférieur du bassin ; dans cette incision on traverse la peau au dehors de la grande lèvre et l'on pénètre jusqu'au tissu cellulaire en écartant la face latérale du releveur de l'anus et son arcade tendineuse de l'obturateur interne. Cette voie ne manque pas de précision, mais elle fournit peu de points d'appui et ses indications sont très restreintes.

Les incisions à travers la paroi du vagin, quoique de nouveau préconisées dernièrement par Fritsch, ne peuvent avoir lieu que lors de

grands dépôts purulents ou lors de fluctuations distinctes; ces incisions manquent de tout point d'appui anatomique pour guider l'opération en pleine sûreté.

Les conditions des incisions par le rectum sont du même ordre. Je me bornerai à décrire les connexions du tissu cellulaire en ce qui concerne ses rapports anatomiques dans l'incision antérieure, vu que cette incision donne accès aux parties les plus profondes de ce tissu, ainsi qu'aux organes qui l'enveloppent.

Supposons que nous ayons traversé la paroi latérale et antérieure de l'abdomen en suivant les procédés ordinaires de la médecine opératoire et prolongeant les deux bouts de l'incision ordinaire pour les ligatures de l'iliaque. Nous obtenons une incision qui commencerait de l'épine pubienne et aboutirait au-delà de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Ayant divisé les muscles et le fascia transversalis, nous mettons à nu le tissu cellulaire sous-péritonéal.

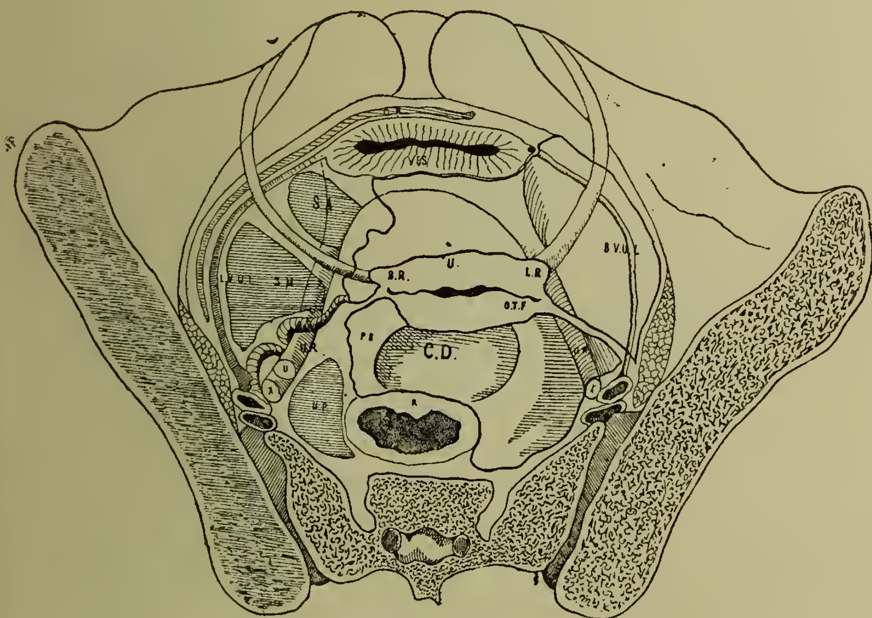


Fig. 1. — *Demi Schema.* Section dans le plan du détroit supérieur du bassin. Le péritoine du côté gauche a été détaché pour montrer les espaces du tissu cellulaire. (VES.) Section de la vessie. (L. V. U. L.) Ligament vesico ombilical latéral. (U.) Section de l'utérus. (L. R.) Ligament rond. T. F.) Tube. (UR. Uretère. (P. D. Plica Douglasii. (Ç. D.) Cavum Douglasii. (R.) Rectum.

Or, voilà ce qu'on peut trouver dans cette incision. Le ligament rond de l'utérus se croisant avec les vaisseaux épigastriques inférieurs forme une espèce de cloison qui divise tout le tissu cellulaire du bassin en deux compartiments: l'un antérieur situé entre ce ligament, l'épine pubienne et le sac péritonéal; l'autre postérieur se continuant dans la fosse iliaque (voyez fig. 1). Ce n'est qu'en détachant attentivement le péritoine avec les doigts que cette cloison prend cette forme nette et bien appréciable qui a été dessinée d'après nature dans notre tableau.

Si le tissu est très lâche, cette cloison se déchire quand on essaie d'en dégager les deux surfaces; mais si on explore avec le doigt un des compartiments, on trouve toujours une résistance assez forte qui caractérise la présence de cette cloison. Le ligament rond longe cette cloison que je compare à une espèce de mésentère cellulaire de ce ligament. Ce n'est pas seulement le ligament rond qui est pourvu d'un mésentère cellulaire. On peut constater que plusieurs organes pelviens se trouvent dans les mêmes conditions. C'est justement le cas pour le ligament vésico-ombilical latéral. Cette dernière cloison (voyez fig. 1) située plus profondément dans la cavité du bassin, divise les deux compartiments que je viens de décrire chacun en deux parties, l'une interne, l'autre externe (fig. 2).

En général, la formation de ces cloisons cellulaires que je désigne sous le nom de mésentère cellulaire est due à la présence du tissu cellulaire qu'on trouve en abondance autour des vaisseaux, autour du ligament rond et autour de l'uretère. En étudiant des sections faites sur des cadavres congelés, on constate en effet que tous ces organes sont entourés d'une accumulation plus au moins abondante de ce tissu, dont les sections présentent des surfaces plus ou moins triangulaires, rappelant les vagins prismatiques des vaisseaux sanguins comme les désignait feu M. Pirogoff. Une dissection attentive m'a permis d'identifier la partie inférieure du mésentère du ligament rond avec les feuillets de la base du ligament large décrit par les auteurs.

Quant aux autres cloisons que nous venons de décrire, on pourrait peut-être en attacher quelques-unes à quelques feuillets que les anatomistes allemands nomment feuillets viscéraux du fascia pelvea, mais ce serait impossible et surtout inutile de le prouver.

La cloison du ligament rond présente un très bon point d'appui pour les procédés opératoires et explique beaucoup de faits pathologiques.

Pour étudier cette cloison et pour en démontrer l'existence, nous avons fait plusieurs injections avec de la gélatine colorée. Cette

méthode nous a donné des résultats étonnants par leur précision que nous attribuons à une précaution que je trouve très essentielle et qui doit être bien appréciée pour réussir avec ces sortes d'injections.

Toute injection à la gélatine dans le tissu cellulaire du bassin de la femme ne peut réussir que lorsque ce tissu n'a jamais été le siége, ni d'inflammation, ni des changements qui suivent la gestation.

On peut faire des dizaines d'injections et on obtient des résultats douteux; mais si on se borne à deux ou trois expériences sur des cadavres de femmes incontestablement vierges, on obtient chaque fois des tableaux pareils a celui qui a été dessiné d'après une pièce encore en ma possession (voyez fig. 2 et descrip.).



Fig. 2. — Cadavre d'une emme âgée de 31 ans. Hymen intact. Injections à la gélatine colorée en noir (encre de Chine) dans l'espace antérieur et jaune (gummi goutte) dans l'espace postérieur (le jaune est désigné ainsi ▦). Coupe sagittale à travers le ligament large droit. (V.) Vertèbre lombaire V. (F. S.) Foramen sacrale primum. (M. P. G.) Musculi pyriformis et gemelli (restes de ces muscles). (T. F.) Tuba Fallopiæ. (O. O.) Ovarium. (L. R.) Ligamentum rotundum. (D.) Excavatio Douglasii. (U.) Uretère.

De plus, les observations cliniques démontrent que les collections purulentes situées dans un des compartiments séparés par cette cloison ne la franchissent que très rarement et dans des cas d'une durée très

longue. Nous allons donner une description plus détaillée de ces compartiments (voyez fig. 1).

Le compartiment antérieur situé en avant et en dedans de notre cloison a pour limites : en dehors l'os pubis et le muscle obturateur interne; en dedans la vessie, le cul-de-sac vésico-utérin et la surface antérieure de l'utérus. Dans la profondeur du bassin, ce compartiment est divisé par une autre cloison cellulaire bordée par le ligament vésico ombilical latéral en deux parties : une partie interne, celle qui donne accès au cul-de-sac vésico-utérin et à la surface antérieure de l'utérus et une partie externe située entre ce ligament et la paroi du bassin, d'ici on pénètre dans la cavité de Retzius. En bas, en longeant la surface interne de l'obturateur interne, on peut facilement rejoindre le doigt introduit dans une incision faite d'après Hegar. (Voir plus haut.)

Le compartiment postérieur a pour limites au dehors la paroi du petit bassin, en avant notre cloison, en dedans le sac péritonéal que longe l'uretère et les vaisseaux ovariques. Par ce compartiment on peut atteindre la surface postérieure de l'utérus; en pénétrant, soit entre notre cloison et l'artère utérine, soit entre cette dernière et l'uretère. En écartant le sac péritonéal dans l'angle postérieur de ce compartiment entre les grands vaisseaux du bassin et l'uretère à la surface postérieure du rectum, entre cet intestin et l'os sacrum.

En suivant le bord interne du grand psoas entre ce muscle et l'artère ombilicale oblitérée, on pénètre dans l'espace que nous venons de décrire, comme conduisant dans la cavité de Retzius.

Vous voyez, Messieurs, que l'étude du tissu cellulaire du bassin peut donner plusieurs points d'appui qui ne manquent pas de précision.

Les inflammations du tissu cellulaire du bassin, paramétrites et pelvi-cellulites sont ordinairement la suite de couches, d'avortements, de scepticémie, de pyhémie. Elles peuvent se diviser d'après leur siège en trois groupes :

1° Celles qui se trouvent en arrière et à côté de l'utérus, postéro-latérales, et

2° Celles qui se trouvent en avant et à côté de l'utérus, antéro-latérales.

Il y a en outre des formes combinées péri-utérines.

Les premières sont plus fréquentes que les autres.

Les dimensions de l'exsudat varient. A peine appréciables, il va parfois jusqu'à remplir la cavité du petit bassin et même à déborder dans la cavité du grand bassin.

Sa consistance, tantôt pâteuse et molle avec fluctuation distincte,

est tantôt ferme jusqu'à la dureté; il est fixe et sa sensibilité ne se manifeste que lorsque le péritoine est intéressé.

Ordinairement, l'exsudat consiste en une infiltration du tissu cellulaire (phlegmon). L'infiltration peut se dissoudre, ou peut donner lieu à une suppuration disséminée (phlegmone seu pelvio-cellitis suppurativa disseminata), ou à foyer avec formation d'un abcès (abcessus pelvis); ce dernier peut être unique ou multiple. Les abcès peuvent être diffus, fuser en haut jusqu'au diaphragme, et descendre jusqu'à la région fessière du périnée et la surface interne de la cuisse, ou se donner jour dans la cavité péritonéale, s'ouvrir dans le canal intestinal, le vagin ou la vessie, ou bien à travers les parois de l'abdomen. Il peut se former une ou plusieurs perforations. Lorsque ces lésions sont latéro-postérieures, elles ont une plus grande tendance à la suppuration. La pénétration des urines et des matières fécales est une complication grave; elle augmente la durée de la maladie, et rend dangereuse l'intervention chirurgicale. Nous avons déjà mentionné que les infiltrations latéro-postérieures arrivent plus souvent que les antérieures, et que les premières ne donnent qu'exceptionnellement naissance aux secondes, ce qui est dû à la solidité du mésentère cellulaire du ligament rond. Pour bien apprécier les détails de cette question, je suis obligé de noter les déplacements de l'utérus et de ses annexes dans les cas d'exsudat dans le tissu cellulaire du bassin, vu que les déviations généralement admises peuvent devenir le point de départ de confusions.

Dans des cas dits de paramétrite exsudative, on trouve ordinairement que l'exsudat déplace la matrice dans une direction opposée : ordinairement un peu en avant ou en arrière, ce qui est dû à la position de l'exsudat, et, au toucher on constate un exsudat en arrière, de côté, en avant ou autour de l'utérus, et l'on est poussé à diagnostiquer une pelvio-cellulitis postérieure, latérale, antérieure ou péri-utérine; en d'autres termes, il nous semble que le tissu cellulaire qui entoure l'utérus est enflammé dans toute son étendue, et nous attribuons plus d'intensité à l'inflammation aux endroits où ce tissu est plus lâche et plus abondant. Voilà pourquoi, dans la plupart des traités on décrit comme paramétrite l'inflammation du tissu cellulaire du ligament large et particulièrement de la base de ce dernier et particulièrement de celui du côté gauche. Ce n'est que récemment et ce n'est que des auteurs français qui ont mentionné que le tissu cellulaire du ligament large peut donner lieu à une inflammation indépendante dans sa partie supérieure.

Or, selon la plupart des auteurs, le tissu cellulaire du bassin doit

être considéré comme tissu ininterrompu. Il peut devenir le siège d'une inflammation dans toute son étendue, quoiqu'il s'enflamme plus souvent dans les endroits qui abondent en lymphatiques et où le tissu cellulaire est plus lâche. Nos notions tendent à nous donner une autre opinion sur ce sujet. D'après les travaux anatomiques du Dr Goubaroff, et d'après mes propres observations cliniques, dans quarante-six cas opérés par moi, je suis arrivé aux conclusions suivantes :

Nous admettons une division de la cavité du bassin en deux moitiés : l'une antérieure, l'autre postérieure, non pas par le ligament large, comme on l'admet généralement, mais par le mésentère cellulaire du ligament rond. Le tissu cellulaire de chacune de ces deux parties peut être le siége d'une inflammation indépendante. C'est la partie postérieure qui est le plus fréquemment affectée.

Dans les quarante-six cas que j'ai opérés, il n'y en avait que quatre à siège antérieur.

Les inflammations antérieures peuvent-elles servir de point de départ aux postérieures ? C'est ce que je n'ai jamais observé.

Les infiltrations postérieures peuvent aisément devenir bilatérales, sans que les compartiments antérieurs soient affectés, et la matrice peut être attirée jusqu'à la symphyse pubienne, l'infiltrat entourant la matrice postérieurement et latéralement (ces cas sont rares, ils exigent une opération bilatérale, et c'est ce que j'ai été obligé de pratiquer dans deux cas).

Dans un cas d'infiltration, d'exsudat, d'abcès situé postérieurement, la lésion se propage en bas et en dedans, elle peut déplacer le ligament rond avec sa cloison jusqu'à lui faire dépasser la ligne médiane. Au toucher, on trouve un exsudat situé en arrière, de côté et en avant — comme autour de l'utérus, — et l'on est involontairement tenté de supposer que tout le tissu cellulaire entourant la matrice est enflammé, ce qui n'est nullement le cas : en réalité, ce n'est qu'une inflammation du tissu cellulaire situé derrière l'utérus et derrière le ligament rond. Quant au tissu du compartiment antérieur, le spatium Retzii et le tissu cellulaire entre la matrice et la vessie, ils sont restés intacts.

Ce n'est que dans les cas de suppuration de très longue durée, que le pus parvient à perforer cette solide cloison, mais cela n'arrive qu'exceptionnellement. En ce qui concerne le diagnostic, il faut noter la différence essentielle qui existe entre les exsudats postérieurs et les antérieurs. Les exsudats postérieurs se prêtent mieux au palper, ce qui est dû à leur dimension, à leur propagation dans la fosse iliaque et dans le tissu cellulaire sous péritonéal de la paroi antérieure de l'abdomen.

Voilà pourquoi dans ces lésions on obtient à la percussion une matité.

Dans ces formes (plastron) les malades ont une démarche caractéristique, quelquefois il y a flexion de l'extrémité correspondante. Au toucher vaginal, on constate une tumeur située en arrière et à côté de l'utérus.

Dans les lésions antérieures, on palpe une tumeur située au-dessus de la symphyse et un peu à côté ; la fosse iliaque reste toujours libre.

Au toucher, on rencontre une tumeur située dans le cul-de-sac latéral antérieur du vagin, et l'on peut quelquefois la suivre jusqu'à l'angle correspondant de l'utérus. Toutes ces infiltrations ont une marche excessivement chronique : elles durent des semaines et des mois.

On constate la présence du pus ou par des indices physiques ou par les altérations de la température, le plus souvent par ces dernières.

La courbe de la température présente une physionomie particulière : dans les lésions dites indurations et dans les suppurations disséminées, les rémissions et les intermittences ont une durée de plusieurs jours.

Quand il y a formation d'un foyer, la fièvre devient hectique. L'intensité de la fièvre ne dépend aucunement de la quantité du pus.

Nous passons au traitement. Laissant de côté la partie thérapeutique qui manque, en général, d'efficacité dans ces cas, nous devons mentionner que les inflammations du tissu cellulaire du bassin cèdent relativement à un traitement par l'électricité, et particulièrement au courant induit et à la ponction électrique, à cette dernière quand il n'y a pas de pus.

Je me bornerai à décrire ici un procédé opératoire qui a été élaboré, en se basant sur des recherches anatomiques préalables, et qui a été apprécié dans quarante-six cas.

J'ai déjà mentionné que le bassin peut être divisé par le ligament rond en deux compartiments. A l'aide d'incisions à travers les parois de l'abdomen jusqu'au péritoine, on peut atteindre la base du ligament large : en avant, en arrière et sur les côtés de l'utérus.

Si nous avons l'intention de pénétrer jusqu'à la base du ligament large, en arrière et à côté de l'utérus, sous le cul-de-sac de Douglas, nous devons pratiquer une incision partant de l'anneau inguinal interne, se dirigeant vers l'épine antérieure supérieure ; (si l'exsudat s'étend plus loin, on la prolonge au-delà de cette épine). Couche par couche, arrivé au péritoine, on pénètre avec les doigts dans le tissu cellulaire, et l'on détache le péritoine dans une étendue voulue, on

descend sur le côté et en arrière de l'utérus, en agissant comme si l'on déchirait le ligament large, ce qui a lieu sous le contrôle du doigt d'un aide introduit dans le vagin.

Par une incision s'étendant du bord externe du bout inférieur du muscle droit, jusqu'à l'anneau inguinal interne, on pénètre de la même manière dans le compartiment antérieur, dans la cavité de Retzius, ou dans le tissu cellulaire, entre la vessie et la matrice et en suivant le côté latéral de cet organe, on peut atteindre le lieu d'insertion du ligament rond.

Il va sans dire que l'on détermine le choix de l'incision d'après le diagnostic. Si le cas exige un prolongement d'incision, on peut combiner les deux incisions. Or, toute collection purulente située dans le voisinage de l'utérus peut être atteinte et évacuée par cette voie après l'incision de la paroi abdominale.

La recherche d'un foyer purulent de petites dimensions peut offrir des difficultés, elle exige alors des ponctions exploratives au trocart. Pour assurer le lavage de la cavité, nous avons eu recours à des contres ouvertures à travers la paroi du cul-de-sac correspondant du vagin.

Voici comment on procède : Un trocart volumineux courbe est introduit par la plaie abdominale jusqu'à la paroi du cul-de-sac du vagin qu'on perfore sous le contrôle du doigt, et, à l'aide de ce trocart on introduit un drain dont un des bouts reste dans la plaie abdominale et dont l'autre traverse le vagin. Ce drainage accélère la guérison de la malade, parce qu'il permet de faire usage d'une irrigation continue de la cavité purulente. Ces drainages peuvent rester pendant des semaines, sans incommoder les malades.

Quant à une infection par le vagin, je n'en ai jamais observé, même quand on se bornait à un régime de propreté ordinaire.

Cette opération exige l'administration du chloroforme, avec évacuation préalable du canal intestinal ; au bout du huitième jour, on enlève les sutures, et taprès quinze jours la malade quitte le lit.

Dangers de l'opération : 1° La difficulté du diagnostic différentiel entre la salpingo-oöphorite suppurative peut amener, pendant l'opétion, une lésion du péritoine avec accès du pus dans sa cavité, ce qui m'est arrivé deux fois dans mes quarante-six opérations.

Dans le premier de ces cas, le péritoine a été recousu, et la malade a guéri. Dans le second cas, la malade est morte.

Ces deux cas étaient dûs à l'impossibilité où l'on était de poser un diagnostic précis, car, dans le cas contraire, on n'aurait pas hésité à pratiquer une laparotomie intra-péritonéale ;

2° L'hémorragie : elle est faible et ne nous a jamais causé de difficultés;

3° Lésions des organes voisins : ni la vessie, ni l'uretère, ni le rectum n'ont été sujets de lésions dans nos cas ;

4° Comme il a déjà été mentionné plus haut, l'ouverture spontanée d'une collection purulente, dans le canal intestinal et dans la vessie, présente une complication grave, parce qu'il serait difficile de préserver la cavité de la pénétration du contenu de ces organes.

S'il s'agit d'une urine catarrhale, on est forcé de recourir à une sonde à demeure ou à une cystotomie.

Dans mes quarante-six cas, j'ai pu noter comme moment étiologique les affections puerpérales, les suites d'avortement ou d'interventions chirurgicales.

Ces cas ont été opérés à des époques plus ou moins éloignées de la manifestation de la maladie : les uns trois semaines après le début de la maladie, les autres après deux ans.

Les cas d'intervention récente faisaient partie de ceux qu'on pourrait appeler abcès pelviens ; les autres qui se présentaient plus tard, étaient des cas de suppurations disséminées ou d'induration.

Tout ces cas avaient préalablement été soumis à un traitement thérapeutique : le repos, la chaleur, les révulsifs, sans amener une amélioration bien appréciable, et les malades continuaient à avoir la fièvre caractéristique.

Dans tous nos cas, l'opération était suivie d'un abaissement de température, et l'exsudat disparaissait rapidement. Il va sans dire qu'un pareil changement n'étonnerait personne dans le cas où le pus aurait été évacué, mais nous avons pratiqué ce traitement dans des cas d'induration où pas une goutte de pus n'a été trouvée, et nous avons toujours obtenu les mêmes résultats.

Je considère l'inflammation à induration du tissu cellulaire comme une infiltration et, appréciant les brillants résultats du principe de la chirurgie dans le traitement des phlegmons, du charbon, j'en suis venu à appliquer ce principe au traitement des lésions inflammatoires du tissu cellulaire du bassin de la femme.

Les incisions des indurations et leurs déchirements donnent lieu à une métamorphose régressive rapide. D'abord l'induration s'amollit, puis elle se dissout rapidement ; de plus, on est porté à croire qu'une pareille déchirure de l'infiltration pourrait en limiter la propagation en rompant les lymphatiques, ce qui pourrait être secondé par le détachement du péritoine.

Dans mes quarante-six cas, il y a eu deux décès. L'un ayant eu pour

cause une péritonite septique (pénétration du pus dans la cavité péritonéale).

L'autre malade, qui avait retardé son consentement à l'opération, était très épuisée. Elle est morte à la fin du second jour. A l'autopsie, on a trouvé un abcès énorme, qui s'étendait du bord gauche du grand psoas jusqu'au diaphragme avec carie et nécrose partielle de l'os iliaque et du sacrum et signes de pyhémie.

Cette opération extra-péritonéale que nous avons nommée *laparotomia extra-peritonealis seu paraperitonealis* avec drainage abdomino-vaginal, nous proposons de la pratiquer dans tous les cas d'affections inflammatoires du tissu cellulaire du bassin où le traitement thérapeutique est sans efficacité.



SÉANCE DU JEUDI 15 SEPTEMBRE 1892

2 HEURES APRÈS-MIDI

La séance est honorée de la présence de S. M. Léopold II, roi des Belges.

Présidence de M. le Dr PÉAN

Richelot. (Paris). — Je viens, à l'instar de notre rapporteur, exposer les résultats que m'a donnés l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes; car j'estime avec lui qu'il s'agit, en ce moment, d'un problème de thérapeutique bien plus que d'une étude sur les causes et la pathogénie.

Depuis deux ans j'ai appliqué nombre de fois l'extirpation totale de l'utérus au traitement des affections non cancéreuses du petit bassin. Voici d'abord l'énumération des faits :

	Guérisons.	Morts.
1 prolapsus compliqué de fibrômes	1	»
1 métrite (erreur de diagnostic)	1	»
23 fibrômes utérins	22	1
39 suppurations pelviennes (1 hémato-salpinx suppuré)	35	4
5 hémato-salpinx non suppurés (3 hémato-cèles pelviennes)	4	1
23 salpingo-ovarites paranchymateuses, hydro-salpinx, ovaires dégénérés, processus fibreux	21	2
15 rétroversions compliquées	15	»
4 ovarites polykystiques	4	»
1 kyste parovarien	1	»
6 métrites chroniques (1 antéversion)	6	»
15 hystérectomies vaginales secondaires (après castration)	15	»
10 névralgies pelviennes	9	1
	134	9

Ce relevé donne une mortalité d'environ six pour cent. Étant donné qu'il comprend les suppurations compliquées des annexes, les utérus

enclavés, les fibrômes que le morcellement peut seul faire passer à travers la filière pelvienne, je pense qu'il est bien fait pour plaider la cause de l'hystérectomie vaginale.

Je ne dois étudier ici que les suppurations pelviennes. Commençons par l'analyse des cas de mort.

C'est d'abord une femme de 34 ans, opérée le 30 avril 1891, pour un pyo-salpinx énorme qui dépassait l'ombilic, et dont la partie déclive me paraissait remplir le cul-de-sac de Douglas. Il se trouva que c'était une grappe de kystes séreux, transparents, qui occupait cette région, et que la poche tubaire était développée tout entière, comme un grand kyste, au-dessus du détroit supérieur. Aujourd'hui, avec l'expérience que j'ai acquise, j'arriverais à vider la poche en protégeant le péritoine, malgré cette disposition insolite et que je n'ai rencontrée qu'une fois ; mais alors j'eus moins d'audace et je fis, séance tenante, la laparotomie. La trompe fut enlevée assez rapidement, mais la malade, qui était très affaiblie et avait 40° tous les soirs, succomba au choc de la double opération. La laparotomie d'emblée eût sans doute mieux réussi.

La seconde malade que j'ai perdue est une femme de 40 ans, opérée le 4 juillet 1891. Elle avait une suppuration compliquée, et plusieurs foyers entourés d'adhérences inextricables. Je dus laisser la moitié du corps utérin dans le fond de la plaie. La fièvre continua et la malade mourut le quatorzième jour. L'autopsie montra une collection purulente en plein péritoine, que je n'avais pas ouverte et que le fond de l'utérus fermait comme un bouchon. Certainement, je n'aurais pas eu meilleur succès par l'ouverture du ventre, car, au milieu de ce magma intestinal, j'aurais pu rencontrer la collection susdite, mais j'aurais laissé échapper celles que la voie vaginale m'avait permis d'ouvrir.

Dans le troisième cas, il s'agit d'une malade que j'avais laparotomisée en 1889 pour ouvrir et drainer une collection purulente au milieu d'adhérences compliquées. Elle avait gardé une fistule intarissable, et vint me trouver à l'hôpital Tenon dans un état pitoyable, décharnée, presque mourante, avec du muguet dans la bouche. Je me décidai à grand'peine à faire, le 24 juillet 1891, une opération désespérée. J'enlevai l'utérus sans perdre une goutte de sang, et je fis un drainage abdomino-vaginal. L'indication était remplie ; l'opération avait été courte et elle fut bien supportée. Sans nulle exagération, la malade n'en mourut pas, mais elle continua de s'éteindre ; le muguet reparut, l'alimentation resta impossible, et la mort eut lieu le treizième jour.

Enfin, dans un dernier cas (3 mai 1892), j'avais affaire à un gros

kyste purulent de l'ovaire ; les annexes furent enlevées des deux côtés, et la malade mourut de péritonite. Il y avait un foyer septique à la place de l'ovaire enlevé. On sait combien varie la septicité du pus que nous trouvons dans les annexes; je pense n'avoir pas fait ici une désinfection suffisante de la place où la paroi mince du kyste purulent s'était crevée entre mes doigts.

Tels sont mes quatre insuccès; on voit qu'il y en a deux — le premier et le dernier — dans lesquels j'aurais pu mieux faire ou avoir plus de chance, et deux que je ne pouvais éviter. Chez toutes mes autres malades, les suites opératoires ont été simples; quelques-unes ont 38° pendant trois ou quatre jours, mais chez la plupart l'apyrexie est complète, et le calme plat qui succède à l'ablation des pinces, le retour immédiat à la santé sont des faits toujours dignes de remarque.

Comme je n'ai pas l'intention de m'arrêter sur le manuel opératoire, on me permettra de signaler ici, d'un seul mot, la sécurité parfaite que m'a donnée l'usage des pinces à demeure. Je n'ai pas eu le plus petit mécompte avec la forcipressure. Jamais une pince n'a lâché prise, et l'hémostase a toujours été parfaite. Au lieu de « gêner l'ablation des annexes », au lieu d' « encombrer le vagin », les pinces sont des auxiliaires qui élargissent la route et attirent les organes. Le reproche de « s'opposer à l'antisepsie » est de pure imagination. La seule critique raisonnable qu'on leur ait adressée, en l'exagérant beaucoup, c'est d'être plus douloureuses que les ligatures. Le fait n'est pas niable. Mais il faut dire que chez quelques femmes — je le sais maintenant — cette douleur est nulle ou peu s'en faut; chez beaucoup d'autres, elle est modérée; chez toutes, elle est aisément calmée par une piqûre de morphine. D'ailleurs, la forcipressure et le morcellement sont obligatoires dans les cas de suppurations pelviennes. Tant pis pour ceux qui se sont engagés à fond contre les pinces, au point de ne plus pouvoir trouver bonne une opération qui exige leur emploi.

J'ai signalé d'abord les échecs de la méthode. Ce devoir accompli, il est temps de montrer les services qu'elle rend aux malades.

Les suppurations du petit bassin m'ont donné, comme on l'a vu, trente-cinq guérisons. Les cas dangereux et difficiles y sont en majorité : tel celui d'une femme de 26 ans, chez qui une laparotomie très laborieuse n'avait amené qu'une guérison incomplète, avec fistule et suppuration prolongée, et qu'une hystérectomie vaginale, faite le 28 mai 1891, remit sur pied en quinze jours; tel encore celui d'une autre femme chez qui des poussées successives avaient abouti à un état

suraigu, avec une fièvre intense, deux litres de pus, un énorme plastron qu'on osait à peine effleurer du doigt, et qui, après l'ablation de l'utérus (28 août 1891), fut guérie comme par un coup de théâtre. Dans le premier de ces deux faits la laparotomie avait manqué son but, dans le second elle avait beaucoup de chance de ne pas mieux réussir; or, l'hystérectomie dénoua les deux situations, en faisant découvrir, sans risques pour le péritoine, l'ensemble des lésions pelviennes.

Il est bien intéressant de voir ces retraits rapides et ces oblitérations spontanées par le seul fait de la disparition de l'utérus, tandis que les mêmes cavités restent béantes et suppurent longuement dans les conditions opposées. La plupart de mes observations de pyo-salpinx démontrent qu'après l'hystérectomie, l'ablation totale des annexes n'est pas nécessaire. J'ai fait cette ablation douze fois sans rien laisser; cinq fois l'extirpation de l'utérus a été suivie d'une castration unilatérale; dans les autres cas, les plus nombreux, j'ai laissé tout en place. Au cours du morcellement, ou en saisissant la corne utérine, j'ouvrais sans le vouloir une collection purulente avec les ciseaux ou l'extrémité de la pince longuette; ou bien, en tirant sur la corne après l'avoir saisie, tout à coup un filet de pus jaillissait de dessous la pince, ou encore une poche fibreuse arrondie, paraissant mobile, venait se montrer à la plaie vaginale, je l'ouvrais au bistouri, par de légères tractions et l'exploration de sa cavité je constatais son étendue et ses connexions avec les parties supérieures, puis j'en restais là. J'avais alors, à la place de l'utérus, une sorte de loge limitée par un voile d'adhérences, dans laquelle venaient s'ouvrir les poches vidées de leur contenu, et en avant, au-dessus de la vessie, une brêche péritonéale où se montrait l'épiploon. Le pansement iodoformé tapissait la loge et fermait la brêche. Trois fois seulement cette loge était complète et le péritoine n'était pas ouvert; les adhérences qui enclavaient l'utérus formaient un dôme partout continu, servant de barrière entre le champ opératoire et la cavité abdominale.

Dans tous ces cas, je le répète, il n'y a pas de longs drainages et de longues suppurations. Jamais je n'ai observé ces accidents de rétention dont quelques-uns de mes collègues ont entretenu la Société de chirurgie, l'orifice des poches purulentes s'étant fermé trop tôt. Chez une seule opérée (10 mars 1892) le retrait s'est fait plus lentement qu'à l'ordinaire, et une cavité peu profonde à continué à donner du pus, sans fièvre ni douleur, de telle sorte que j'ai dû, le 19 juillet, en dilater l'orifice et y faire un tamponnement méthodique pour obtenir l'oblitération définitive. Mais ce fait m'a paru tout à fait exceptionnel; les malades guérissent d'ordinaire aussi vite qu'après l'extirpation

d'un utérus cancéreux mobile; plus vite et plus simplement qu'après les laparotomies incomplètes qui se terminent par le drainage; plus vite et plus sûrement qu'après l'incision vaginale préconisée par Laroyenne et ses élèves.

Cette dernière, soit dit en passant, peut rendre des services; je l'ai faite et la ferai encore. Mais il suffit d'avoir vu et touché ces lésions pelviennes pour savoir que leur complexité les met souvent hors de la portée du trocart de Laroyenne. Parfois même, il y aurait un vrai péril : chez la malade opérée le 30 avril 1891, la fluctuation du cul-de-sac postérieur était bien engageante : or le trocart, poussé vers cette énorme poche qui dépassait l'ombilic, n'eût rencontré qu'une agglomération de petits kystes séreux, et plus haut l'intestin.

Parallèle entre la laparotomie et l'hystérectomie vaginale. — Je ne voudrais pas laisser croire que j'ai changé d'opinion sur les mérites de la laparotomie. J'ai fait, depuis le mois de février 1891, à côté des cent quarante-trois hystérectomies vaginales, nonante-trois laparotomies dont vingt-cinq pour lésions tubo-ovariennes sans néoplasme. Par ce dernier chiffre, le seul qui ait trait à la discussion actuelle, on voit que j'ai trouvé des contre-indications à la voie vaginale. Voyons si j'ai bien fait de l'adopter souvent, au double point de vue du pronostic opératoire et du résultat thérapeutique.

Pronostic opératoire. — Beaucoup de chirurgiens désapprouvent l'hystérectomie à cause de sa « gravité ». Pour traduire cette gravité en une formule exacte, nous manquons des éléments nécessaires.

Il nous serait bien difficile d'établir qu'au seul point de vue de la mortalité opératoire, l'hystérectomie appliquée au traitement des lésions suppuratives ait donné jusqu'ici des résultats généraux supérieurs à ceux de l'incision abdominale. Tout ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'elle ne s'est pas montrée inférieure, et c'est déjà suffisant pour lui donner droit de cité et pour faire valoir en sa faveur certains avantages d'un autre ordre.

Il est facile de démêler, dans les discussions soulevées par les tenants exclusifs de la laparotomie, que le reproche de gravité est fondé en grande partie sur la difficulté d'exécution. Beaucoup de nos collègues sont familiarisés avec l'ouverture du ventre, ils l'ont dans la main et n'en ont plus peur. L'hystérectomie vaginale, au contraire, leur inspire une certaine défiance; ils l'ont faite un petit nombre de fois pour des utérus mobiles affectés de cancer, mais ils connaissent moins les utérus enclavés, il leur faudrait un effort de plus et quelque patience pour arriver à posséder la méthode et avoir cette nouvelle

corde à leur arc. Il y a injustice de leur part à dire peu de bien d'une opération sur laquelle ils n'ont pas de clartés suffisantes, et à conserver certains préjugés sur le manuel opératoire. Il ne faut pas dire que par l'incision hypogastrique on utilise la vue et le toucher, tandis que par la voie vaginale on n'a que le toucher pour se conduire. D'abord, celui qui voudrait voir tout ce qu'il fait serait un mauvais laparotomiste ; c'est au jugé, le plus souvent, et au bout du doigt, qu'il faut « trouver le joint » et disséquer le cul-de-sac de Douglas. D'autre part, la voie vaginale, largement ouverte par les écarteurs, donne accès au regard et pas un coup de bistouri ou de ciseaux n'est donné, pas une pince n'est placée sans le secours de la vue. Quand, après l'ablation de l'utérus, les trompes et les ovaires semblent se dérober, la pince les attire et le doigt va les chercher, puis on les traite, pour ainsi dire, à ciel ouvert.

Je voudrais maintenant quitter les termes généraux de ce parallèle, et mettre les deux opérations en présence dans certains cas particuliers.

Il y a, tout d'abord, une catégorie de faits dans lesquels l'hystérectomie est la vraie solution d'un des problèmes les plus difficiles de la chirurgie abdominale, et constitue certainement une ressource de plus pour tirer les malades d'un mauvais pas. La cavité pelvienne est le siège de lésions compliquées ; il y a du pus dans les trompes plus ou moins dilatées, quelquefois dans les ovaires transformés en coques purulentes, quelquefois aussi dans des lacunes péritonéales limitées par l'intestin, les annexes ou l'utérus lui-même. Je ne parle pas du tissu cellulaire, car le phlegmon d'origine utérine, propagé ou non à la fosse iliaque, ne coïncide pas généralement avec les suppurations de la trompe et du péritoine. Au milieu de ces désordres, l'utérus est enclavé, immobile. Les organes pelviens sont soudés entre eux, les anses de l'intestin grêle, fortement agglutinées, forment un dôme solide au-dessus d'eux et un plastron dur sous la paroi abdominale. Si on aborde ces lésions par l'ouverture sus-pubienne, on trouve un magma inextricable d'adhérences, qu'il est très difficile ou même impossible de dissocier sans déchirer les parois intestinales. Si les poches purulentes sont petites et enfouies profondément, il faut renoncer à les atteindre ; si elles sont plus développées, on arrive, en louvoyant avec douceur, à en ouvrir une et à la drainer, mais on risque toujours d'en laisser d'autres et souvent on en laisse, en effet, pour ne pas multiplier les manœuvres dangereuses et prolonger l'opération outre mesure. Celle qu'on a ouverte guérit en plusieurs mois ou reste indéfiniment fistuleuse.

Dans une variété très voisine, il n'y a pas de suppuration; mais, à la suite de plusieurs poussées inflammatoires et de longues années de souffrances, on trouve le petit bassin rempli de masses épaisses, au milieu desquelles l'utérus est pris comme dans du mastic. La disposition des organes et leurs adhérences sont les mêmes; seulement, au lieu de poches purulentes, il y a des trompes énormes, à parois hypertrophiées et à lumière étroite, de gros ovaires bourrés de petits kystes. Le plastron n'est pas très élevé au-dessus du pubis; par l'incision abdominale, on tombe sur un magma de consistance ligneuse; c'est un véritable processus fibreux qui envahit la cavité pelvienne. On sent bien vite l'impossibilité de rompre les adhérences; ou bien, on dissocie péniblement quelques parties de l'intestin, on fait couler du sang et la malade peut mourir de « choc ». Mieux vaut s'arrêter et refermer le ventre.

Il est bien entendu que je parle ici des cas extrêmes, dont la complexité défie l'habileté des meilleurs opérateurs, et non des cas simplement difficiles où on se trouve aux prises avec un pyo-salpinx volumineux, adhérent, mais dont l'extirpation totale n'est qu'une affaire d'habitude, de sang-froid et de patience. Le diagnostic, après tout, n'est pas impossible; avec de l'expérience, on peut souvent prévoir les écueils et les surprises que réserve la laparotomie. Et si le diagnostic s'est trouvé en défaut, si, après une opération incomplète, on a des fistules rebelles, des douleurs, un état septicémique persistant, alors la preuve est faite, l'incision abdominale a manqué son but; et comme une seconde tentative serait plus difficile encore et plus incertaine que la première, il faut abandonner la partie ou chercher une autre méthode.

Or, dans ces conditions, l'hystérectomie vaginale est merveilleuse; elle guérit d'emblée les désordres les plus graves, ou complète les guérisons inachevées. Je ne peux pas dire qu'il n'y ait aucun danger à courir; mais il est de toute évidence que la voie vaginale est plus sûre. On a révoqué en doute cette bénignité relative, en disant, au cours d'une laparotomie : « Voyez quels malheurs j'aurais faits, si j'avais tiré à l'aveugle, à travers la filière pelvienne, sur ces poches auxquelles l'intestin est tellement uni qu'il serait déchiré à la moindre violence ». Ceux qui parlent ainsi n'ont pas encore bien compris la question. Il est facile de sentir, après l'extirpation de l'utérus, le degré de fixité des poches purulentes, et il est dans le programme de l'opération de les laisser en place. Elles s'ouvrent d'elles-mêmes au cours du morcellement, et versent leur contenu dans la loge centrale qui leur sert de confluent et d'où le pus s'écoule directement au dehors

sans contaminer le péritoine. Puis, après quelques jours de drainage à la gaze iodoformée, elles reviennent promptement sur elles-mêmes par le seul fait de la disparition de l'utérus. La simplicité des suites immédiates et la rapidité de la guérison, obtenue à peu de frais à l'aide de quelques injections vaginales, font un heureux contraste avec l'étendue des lésions, la violence des douleurs et la gravité de l'état général. On n'a pas les transes que donne l'inondation du péritoine, accident contre lequel nous ne sommes pas désarmés, sans doute, mais qui fait cependant quelques victimes. S'agit-il d'un de ces processus fibreux de la cavité pelvienne, sans suppuration, nous avons vu que l'incision abdominale ne mène à rien et demeure exploratrice; or, quand on a sculpté, morcelé l'utérus par les voies naturelles, constaté la fixité absolue des annexes, leur fusion en un bloc immobile à droite et à gauche et l'impossibilité de les extraire, on voit bientôt, par la suppression de l'utérus, la congestion et les douleurs cesser, le plus gros des produits inflammatoires se résorber et les masses latérales s'assouplir. Bref, les grandes suppurations et les adhérences compliquées sont l'écueil de la laparotomie et le triomphe de l'hystérectomie vaginale; mais pour le savoir, il faut en avoir fait l'expérience complète, c'est-à-dire avoir pratiqué les deux méthodes et pouvoir les comparer entre elles autrement que par un effort d'imagination.

Dans une autre série de faits, la supériorité de l'hystérectomie est moins évidente. Il y a des cas discutables, où l'opérateur peut réussir également par les deux voies, et choisit d'instinct la méthode qu'il possède le mieux. Beaucoup de pyo-salpingites peuvent être données en exemple; elles sont de moyen volume, dépourvues de plastron, énucléables; avec de l'habitude, on sait que l'intestin grêle n'est pas collé aux annexes et ne gênera pas la manœuvre. Même situation pour la plupart des hématomes tubaires et des salpingites parenchymateuses, qui, dans le relevé que j'ai présenté en 1891 au Congrès français de chirurgie, ne m'ont donné aucune mortalité. Je serais mal venu à mettre en doute les bienfaits de la laparotomie, après en avoir obtenu des résultats si heureux et l'avoir vantée à juste titre.

Une remarque intéressante: plusieurs fois l'ablation vaginale, à cause de la forme ou de la situation élevée des annexes, m'a paru plus longue et plus difficile que ne l'eût été, dans le même cas, une laparotomie. Mais l'inverse n'est pas moins vrai : certaines annexes prolabées, ou dont la partie déclive tapisse le cul-de-sac de Douglas, sont attirées sans coup férir par le vagin, tandis qu'il eût été laborieux de les poursuivre jusqu'au fond du petit bassin et de les extraire par une

incision abdominale. Il est aisé d'en juger après coup ; mais ce qui manque, c'est un signe faisant prévoir assez exactement la disposition des organes pour adopter l'une des deux voies en connaissance de cause.

On voit que souvent, à ne considérer que la difficulté d'exécution et le pronostic opératoire, le chirurgien se trouve amené à suivre son instinct, son tempérament, plutôt qu'à choisir l'une des deux méthodes sur des indications très nettes.

Admettrons-nous maintenant une troisième classe de faits, dans laquelle l'hystérectomie vaginale est formellement contre-indiquée et doit céder le pas à l'incision sus-pubienne? En présence des lésions suppuratives, la question se pose rarement ainsi. Il faudrait éviter de parti pris la voie vaginale, si la tumeur paraissait franchement unilatérale et si on pouvait croire à l'intégrité de l'un des ovaires; alors seulement, on serait tenu de choisir la laparotomie, « opération de contrôle », qui permet d'éviter sûrement les sacrifices inutiles.

Mais ce doute sur la lésion bilatérale n'existe pas aussi souvent que le disent les adversaires de l'hystérectomie. Il semble, à les entendre, que le diagnostic des affections abdominales soit devenu tout à coup impossible. Des auteurs qui écrivaient de longues pages, il y a quelques années, pour nous dire qu'on doit reconnaître la place, le volume, la direction des organes avec une précision mathématique, prétendent aujourd'hui qu'on ne sait jamais ce qu'il y a dans le ventre. Nous ne sommes ni si clairvoyants, ni si aveugles. Bien souvent, il est vrai, le détail des lésions nous échappe ; il nous arrive de confondre la trompe et l'ovaire, de ne pas savoir s'il y a du liquide, etc.; les plus fins y ont été pris, et il est toujours bon de faire des diagnostics réservés. Mais, en tenant compte des signes physiques, de l'origine et de l'ancienneté du mal, du degré et de la continuité des souffrances, nous savons ordinairement reconnaître si les deux côtés sont pris, et quelle étendue peut avoir notre intervention. Et comme souvent, dans les situations douteuses, l'âge de la femme, sa fécondité depuis longtemps passée ou sa stérilité reconnue interviennent pour enlever tout scrupule, on voit qu'il ne faut pas s'exagérer le nombre des cas où le chirurgien a d'autres soucis en tête que le pronostic opératoire et la perfection du résultat thérapeutique.

Résultat thérapeutique. — Deux mots en terminant sur ce dernier point. Voici la question qui se présente : laquelle des deux méthodes, castration ovarienne ou hystérectomie vaginale, donne la guérison la plus franche et la plus définitive ? Il m'a semblé que l'avantage restait à la seconde.

J'ai fait quinze fois l'hystérectomie vaginale sur des malades incomplétement guéries par la castration; trois fois, il s'agissait de suppurations pelviennes. Il y a, en effet, des utérus qui, débarrassés de graves lésions salpingiennes mais toujours flanqués de tissu ovarien, demeurent en activité; d'autres qui, bien et dûment privés de leurs ovaires, ne s'atrophient pas du tout, restent gros, congestionnés, hémorragiques et douloureux; d'autres qui s'exposent à une infection secondaire; d'autres qui s'atrophient et semblent passés à l'état de corps étrangers insignifiants dans le petit bassin, avec une muqueuse saine et un corps minuscule, et qui cependant continuent de saigner et de faire souffrir. Toutes les malades à qui j'ai fait , dans ces conditions diverses, l'hystérectomie vaginale secondaire, sont parfaitement guéries, sans aucune exception. Voilà qui infirme singulièrement l'opinion d'après laquelle l'utérus, « quand on y regarde d'un peu près, ne paraît pas propre à donner lieu à des manifestations symptomatiques bien intenses ». L'utérus, au contraire, est un organe riche en nerfs et en vaisseaux; que le mal s'étende par la muqueuse ou par les voies lymphatiques, il n'en est pas moins, par les déchirures de son col et par les souillures qu'on lui inflige, le point de départ des affections pelviennes, et son rôle au milieu du petit bassin n'est pas une quantité négligeable. Il faut, dans l'hystérectomie vaginale, considérer deux points : le grand trou, le large débridement qui permet l'évacuation des cavités, leur retrait et leur envahissement par le tissu de cicatrice; d'autre part, la suppression d'un organe qui, par ses connexions vasculaires et nerveuses, réagit sur les organes voisins et les maintient en activité morbide. De telle façon qu'on a pu dire : les trompes et les ovaires s'atrophient plus sûrement après la disparition de l'utérus, que l'utérus après la disparition des annexes.

On voit qu'en somme je ne suis pas loin de considérer l'hystérectomie vaginale comme la méthode de choix dans le traitement des suppurations pelviennes. Je ferais beaucoup plus de réserves s'il était question des lésions non suppurées, et j'admettrais un bon nombre de cas dans lesquels la laparotomie doit être préférée; mais la présence des foyers purulents détruit la plupart des arguments qu'on fait valoir en sa faveur. Il y a, certes, des cas où la laparotomie peut aussi bien réussir et n'être pas plus dangereuse; il y en a où, par elle, la guérison peut être aussi franche. Mais 1°, l'hystérectomie vaginale est supérieure dans les suppurations complexes et les processus fibreux étendus, et 2°, quand elle n'est pas évidemment supérieure au point de vue du pronostic opératoire, elle a encore l'avantage de donner plus sûrement des guérisons radicales.

Säenger (Leipzig). — La première impression que j'eus de l'opération de *Segond* fut, je l'avoue, une grande surprise pour l'audace de l'opération et de l'opérateur.

Au point de vue de la *techniqne*, cette opération, basée sur les efforts de *Péan*, est hors discours et hors concours. Leur technique, effrayante et sinistre pour le spectateur, a pour but d'enlever la matrice immobilisée, enclavée au milieu des organes voisins énormément sanguins et contournés; même le traitement consécutif, avec ses inconvénients bien connus, n'est que la suite du morcellement et du pincement.

Mais, ce sont les *indications* qui sont en discussion.

Certes, la matrice n'est pas un organe indispensable; elle n'est pas nécessaire pour l'économie de l'appareil sexuel si gravement malade comme dans les affections dont il s'agit.

Mais pourtant la matrice devrait être épargnée au point de vue de la *chirurgie conservatrice*, là où la chose est possible. Et il est réellement possible, dans la plus grande majorité des cas, de conserver l'utérus et d'atteindre le même but que par une opération qui sacrifie, de cœur léger, cet organe, dont l'ablation peut rencontrer des difficultés techniques énormes, qui n'existent pas pour les autres méthodes chirurgicales dans les mêmes cas.

D'ailleurs, suffit-il d'enlever la matrice innocente dans un cas quelconque de « suppuration pelvienne »? Non! Il faudra très souvent ouvrir l'une après l'autre les poches purulentes péri-utérines, et il peut arriver qu'il ne soit pas possible de les atteindre toutes, et que les pinces empêchent d'y pénétrer.

Et un seul foyer de pus *virulent* restant peut laisser la malade dans son ancien état. Bien plus, l'hystérectomie par morcellement peut inoculer, peut propager l'infection purulente.

Ne pas succomber à l'opération et être guérie complètement, c'est chose différente.

En allemand, nous avons le proverbe : *es gibt viele wege, die nach Rome führen*; c'est-à-dire : « il y a beaucoup des chemins qui mènent à Rome », et il y a beaucoup des chemins qui mènent à un traitement rationnel et à la guérison complète des « suppurations pelviennes ».

C'est l'embarras de la richesse des méthodes chirurgicales qui nous empêche d'en adopter une, une seule, et je crains que M. *Segond* ne verra jamais sa méthode gagner la supériorité sur toutes les autres.

Il n'y a rien d'absolu en médecine.

Jetons un coup d'œil sur ces autres méthodes!

La *ponction*, l'*aspiration* et l'*incision* des poches purulentes (ou séreuses) par la voie vaginale, méthode la plus ancienne, renouvelée et recommandée par *Landau*, suffit certainement pour une quantité considérable de cas. A ces opérations simples, le même auteur a ajouté, dans le dernier temps, comme opération auxiliaire, supplémentaire, l'*hystérectomie partielle* ou la *résection de la matrice*, qui, pour beaucoup de cas, sera préférable à l'opération radicale de l'hystérectomie totale d'emblée.

La *laparatomie* ou *coeliotomie*, qui ouvre largement la cavité abdominale pour parvenir aux organes du petit bassin, paraît être une voie assez indirecte, mais pourtant, basée sur les relations anatomiques de ces organes avec les autres organes de la cavité péritonéale entière, donne aujourd'hui, grâce à la position de *Trendelenburg*, la netteté, la plus grande clarté possible, la plus vaste perspective sur les régions malades : matrices, trompes, ovaires, etc.

Comparée avec le travail obscur d'une hystérectomie par morcellement, une *salpingo-oophorectomie* moderne est une opération « en plein air », qui, en les enlevant, laisse sentir, toucher, voir toutes les parties détaillées du champ opératoire à un degré parfait. Et la salpingo-oophorectomie, actuellement si développée, donnant en outre des résultats statistiques bien supérieurs à ceux de l'hystérectomie, doit-elle être abandonnée en faveur de cette opération nouvelle, qui, au lieu d'une restriction prudente, trouve pour M. *Segond* presque toutes ses indications, là où jusqu'à présent nous l'avons exécutée ? Je crois et je dis que non !

Le procédé par la *voie sacrale* n'aura jamais un rang universel. Il paraît assez facile sur le cadavre, mais non sur le vivant. Pourtant, il aura aussi certaines indications.

La *taille hypogastrique extra-péritonéale*, de nouveau en faveur aujourd'hui, sur laquelle *Goubaroff* nous a donné des détails anatomiques remarquables, et *Sneguireff*, des expériences cliniques très encourageantes, aura certainement encore une indication, au moins dans les suppurations extra-péritonéales.

Quant à la *périnéotomie*, préconisée autrefois par moi-même et proposée à nouveau par le docteur *Willems* presque comme traitement normal des suppurations pelviennes, je crois qu'elle ne restera qu'une opération bien restreinte mais néanmoins compétitrice de l'hystérectomie. S'il s'agit de parvenir à un foyer purulent, soit extra, soit intra-péritonéal et situé derrière et à côté de la matrice, il ne sera pas nécessaire de sectionner transversalement le périnée, les muscles releveurs de l'anus, la cloison recto-vaginale entière : si l'on ne peut

pas pénétrer par le vagin directement, on pourra dédoubler le septum recto-vaginal au-dessous du cul-de-sac postérieur et ainsi conserver le plancher périnéal. Ne pas oublier une autre voie, que j'ai décrite comme *périnéotomie latérale*, spécialement pour les poches purulentes avec siège latéral et mise en pratique déjà auparavant par *Hegar*.

Mais, pourquoi ces remarques étendues au cours d'une discussion sur l'hystérectomie? Ce n'est que pour rappeler, que M. *Segond* lui-même était parmi les premiers, qui (mémoire publié en 1885) contribuèrent au développement de la périnéotomie.

Aujourd'hui M. *Segond* ne reconnaît qu'une opération unique pour le traitement des suppurations pelviennes, son hystérectomie par morcellement.

Certes, cette opération hardie enrichit notre pouvoir chirurgical contre cet état morbide polymorphe, mais il faudra se contenter de restrictions particulières; elle ne sera qu'*une* des méthodes, qu'une opération de choix déterminée comme toutes les autres.

Moi, je ne peux pas m'appuyer sur les opinions de mes compatriotes, parce que jusqu'à présent, exepté M. *Th. Landau* et moi-même, personne n'a porté de jugement en Allemagne ni en faveur ni contre l'opération de *Segond*. Isolé à cet égard, je ne consentirai qu'à *deux indications* pour l'hystérectomie au lieu d'un traitement rival quelconque :

1. Pour les *fistules multiples chroniques* du tissu cellulaire, de la poche de Douglas, des trompes, des ovaires avec perforation du vagin, de la matrice, de la vessie, du rectum.

2. Pour les *larges abcès libres, disséminés* et combinés avec des pyo-salpingites, des pyo-ovarites — des cas proprement dits « abcès pelviens » — si l'examen bactériologique, après une ponction exploratrice préalable, a démontré la présence de microbes pathogènes (streptocoques, staphylocoques).

Il est inutile de motiver encore ces indications.

Ainsi, l'hystérectomie par morcellement, n'occupe pas le rang d'une opération souveraine, mais doit concourir modestement avec les autres procédés chirurgicaux anciens et nouveaux au traitement des « suppurations pelviennes ».

Conformément à la multiplicité des espèces de « suppurations pelviennes », pour garder cette dénomination vague et neutre, il faudra détailler, il faudra faire le diagnostic aussi exactement que possible, concernant le siège anatomique et le caractère clinique des formes différentes ; finalement il faudra choisir le procédé opératoire le plus convenable au cas particulier, et parmi ces procédés on pourra

choisir, comme méthode légitime mais très exceptionnelle aussi, l'hystérectomie par morcellement de *Segond*.

M. Goullioud (de Lyon). — L'excellence de l'opération de Lawson Tait et de l'opération de Péan-Segond nous est dès longtemps connue, et nous avons pratiqué souvent nous-mêmes l'une et l'autre. Nous croyons cependant qu'il y a place encore dans le traitement des suppurations pelviennes pour d'autres traitements plus conservateurs, notamment pour le large débridement vaginal.

Dans la méthode de M. Laroyenne, il y a la méthode et le procédé. Le mérite de notre maître a été, alors que les dilatations tubaires étaient encore inconnues en clinique et avant que l'opération de Lawson Tait fut introduite en France, de reconnaître et d'attaquer ces dilatations tubaires que le palper bimanuel lui révélait sous forme de collections pelviennes latérales, indurées, sans fluctuation, à peine rénitentes, et qui ne s'accompagnaient le plus souvent d'aucune fièvre. Son trocart-canule en tirait un jet de pus ou de sérosité ; un métrotome glissé dans la rainure directrice de la canule débridait largement le foyer, que l'on s'efforçait de maintenir longtemps béant. Il y avait loin de l'ouverture le plus souvent insuffisante que même peu de chirurgiens faisaient alors des collections saillantes du Douglas à ces ponctions hardies avec large débridement, à travers des masses indurées, des collections multiples venant à peine affleurer le cul-de-sac de Douglas.

En 1886, M. Laroyenne faisait connaître sa méthode dans le *Lyon médical* (1), et quelques années plus tard son élève Edmond Blanc publiait ses résultats remarquables. Au congrès français de chirurgie, 1889, nous citions quelques cas bien nets de dilatations tubaires ainsi guéries. Nous paraissions alors absolument retardataires; la voie abdominale semblait seule permise. Aujourd'hui nous nous trouvons au contraire en avant dans ce mouvement de retour à

---

(1) M. Laroyenne. « De la péritonite chronique compliquée d'un épanchement latent de nature purulente, séreuse ou hématique ». *Lyon médical*. 21 février 1886.

Edmond Blanc. Th. de Lyon 1887. « De l'inflammation péri-utérine avec épanchements latents de nature purulente, séreuse ou hématique ».

Goullioud. « Débridement vaginal des collections pelviennes » Congrès français de chirurgie 1889, et *Archives de Toeologie et de Gynécologie*. Août- novembre 1891.

Pozzi. Traité de Gynécologie. 2e édition, p. 692.

la voie vaginale, lui étant toujours resté fidèle. De toutes parts, on s'efforce d'être plus conservateur, et l'incision vaginale a dès lors de plus nombreux partisans : M. Bouilly (1), l'an passé, citait à la Société de chirurgie des observations de bonne guérison par cette méthode admise alors par plusieurs de ses collègues : MM. Desprès, Polaillon, Routier, Reclus, Monod, etc. A l'étranger, Gusserow, Mundè (2), Tibone, Reverdin, Clarke, etc., lui reconnaissent des indications. L. Landau (3), crée une méthode qui porte son nom en Allemagne et qui consiste de même en une incision vaginale des pyo-salpinx.

« Est-il donc encore permis, écrit M. Le Dentu (4), de recourir à ces méthodes surannées, indignes, à en croire certains opérateurs, de la chirurgie de notre époque ? Sans scrupule, sans fausse honte, je répondrai par l'affirmative ». MM. Péan et Segond ont beaucoup contribué indirectement à ce retour à la voie naturelle, en montrant la bénignité de la voie vaginale qui, avec l'ablation même de l'utérus adhérent est moins grave que la laparotomie. Mais c'est là, croyons-nous, une aggravation même, une mutilation souvent inutile. On peut dans beaucoup de cas, sans castration ni utérine, ni ovarienne, donner une guérison peut-être moins rapide, mais complète cependant, et laissant aux fonctions génitales leurs organes.

Nos arguments en faveur de la méthode du débridement, large et multiple, par le vagin, sont en résumé les suivants :

Par ce simple débridement vaginal, je veux dire sans hystérectomie préalable, on obtient dans beaucoup de cas une guérison parfaite et durable. J'en ai publié, dans les *Archives de tocologie*, trente-huit observations suivies de dix-huit mois à six ans.

Ce simple débridement laisse aux femmes l'espérance de la fécondité. C'est sans doute une fécondité bien relative, à cause de la fréquence des lésions bilatérales des trompes, cependant nous avons pu réunir quelques cas de conception chez des malades opérées par M. Laroyenne. Nous en apportons ici un nouvel exemple. Aussi dans quelques cas, où volontiers nous aurions recouru à l'hystérec-

---

(1) Bouilly. Bulletin de la Société de chirurgie, 2 juillet 1891.

(2) Mundé. The treatment of pelvic abcess in women by incision and drainage. *Am. J. of obst.*, février 1886.

(3) Landau. Ueber Tubensäcke. *Arch. f. Gyn.* 1891, n° 1 et *Cent. f. Gyn.* 1892, n° 1 et Theodor Landau. Prix Seutin de la *Société royale des sciences médicales de Bruxelles* (1890-1891) et *Centralblatt für Gyn.* 1892. n° 35.

(4) Le Dentu. *Archives de tocologie et d'obstétrique*, mai 1892.

tomie, y avons-nous renoncé devant le sacrifice irrémédiable de toute espérance maternelle à imposer à une femme de 20 ans, et demandé avec succès la guérison au simple débridement vaginal.

Landau a surtout été inspiré dans sa tentative conservatrice, par la fréquence relative des troubles nerveux divers après les castrations.

Les trois premières malades, à qui nous avons fait l'éviscération génitale complète, hystérectomie avec ablation des ovaires et des trompes, ont continué longtemps à apporter à la consultation des doléances variées, à se plaindre spécialement de vertiges intenses et de sensations de mal de cœur. Cependant nous avons eu, soit par l'hystérectomie, soit par l'opération de Lawson Tait, des succès complets, absolus.

Aussi notre véritable argument n'est-il point celui-ci, mais plutôt la gravité moindre de l'incision vaginale, jointe à une efficacité suffisante. Malgré tous les perfectionnements, malgré l'aseptie des mains et des instruments, malgré le drainage merveilleux de Mikulicz, la laparotomie expose à l'imprévu de complications mortelles, chez les malades, préalablement infectées, porteuses de lésions septiques à virulence incomplètement éteinte.

Et puis l'infection n'est pas tout. Si l'on ne craint plus le péritoine, du moins il faut se méfier des troubles intestinaux que l'on voit figurer encore dans les statistiques des plus habiles et des plus antiseptiques, sous les vocables d'occlusions ou de paralysies intestinales. Cette gravité moindre de la voie vaginale, comparée à la laparotomie, est bien près d'être universellement reconnue, et MM. Péan et Segond y ont largement contribué.

Mais l'hystérectomie est elle-même incontestablement plus grave que le simple débridement, même de poches superposées, par le vagin. Cependant nous sommes bien convaincu de la bénignité relative de cette hystérectomie vaginale, n'ayant perdu que le sujet de notre vingt-deuxième opération (cas néoplasiques et inflammatoires réunis). Le débridement vaginal, même compliqué, multiple, avec fistule intestinale, etc., a une mortalité presque nulle. Dans un précédent travail, basé sur deux séries de soixante et septante cas, avec une seule mort, nous estimions sa mortalité à deux ou trois pour cent, en tenant compte de ces cas imprévus, où la mort survient par suite d'une erreur de diagnostic, d'une opération secondaire ou d'une intervention trop tardive. Dans les collections uniquement pelviennes et non tuberculeuses elle n'a pas atteint ce chiffre dans nos mains.

II.

M. Laroyenne *applique sa méthode* aux collections diverses du petit bassin. Elle s'adresse donc aux dilatations tubaires, aux épanchements séreux ou purulents de la pelvi- péritonite, aux hématocèles rétro-utérines, aux abcès paramétritiques. Il suffit qu'on ait par le palper bimanuel la sensation bien nette d'une poche, d'une collection inflammatoire, affleurant le cul-de-sac postérieur suffisamment pour qu'un trocart puisse l'atteindre passant entre le rectum en arrière et une ligne rasant la face postérieure du col utérin en avant.

Mais nous voulons préciser les cas où elle nous semble particulièrement indiquée.

Ce sont d'abord les cas mauvais chez des femmes affaiblies, en état d'infection grave, en pleine fièvre, où l'on n'est pas sûr du succès par la laparotomie et où, par le simple débridement, sans hystérectomie, la guérison est la règle.

Ce sont des cas de pyo-salpinx aigus, d'abcès phlegmoneux et fétides, quelquefois même d'épanchements, enkystés ou non, de la péritonite puerpérale, descendant ou filtrant jusque dans le Douglas. Nous avons été frappé quelquefois de voir, dans des observations d'état infectieux grave, par suintement intra-péritonéal d'un pyo-salpinx, par exemple, exprimer l'idée que la laparotomie et l'ablation des annexes devait être tentée, malgré de très grandes chances d'insuccès, parce que c'était la seule voie. C'était méconnaître la première indication du débridement vaginal. L'hystérectomie, dans ces cas, présente les mêmes avantages, mais elle est loin d'être toujours nécessaire.

Une autre indication qui nous semble bien nette, nous est fournie par ces cas de pyo-salpinx unilatéral, dont la coque indurée vient adhérer au cul-de-sac de Douglas. Il suffit de maintenir largement drainés ces pyo-salpinx, en s'opposant à l'occlusion hâtive de l'ouverture par rétraction, pour avoir des guérisons parfaites, dans la très grande majorité des faits.

Les collections multiples, superposées, ne sont pas pour nous une indication suffisante de l'hystérectomie. Car nous avons souvent vu débrider ou débridé nous-mêmes des collections multiples avec un résultat parfait. Le plus souvent on ouvre tout d'abord une collection séreuse ou séro-purulente (c'est l'exsudat de la pelvi-péritonite) ; et au-delà une collection purulente, qui occupe la trompe. Quelquefois l'exsudat péritonéal occupe le cul-de-sac de

Douglas, les trompes encore peu développées restant sur les côtés du bassin. Nous en apportons ici un bel exemple. Blanc en a publié un cas remarquable où, à la suite de l'opération de M. Laroyenne, la guérison ne s'est pas démentie pendant huit ans.

C'est quelquefois par des débridements secondaires et éloignés que l'on arrive à triompher d'épanchements cloisonnés à poches multiples. Il en est de même des pyo-salpinx compliqués de fistules. Avec la nouvelle et précieuse ressource de l'hystérectomie, et malgré notre conviction que par la méthode de M. Laroyenne on peut mener à bien toutes les suppurations pelviennes, non tuberculeuses, nous comprenons que l'on ne s'acharne pas à cette méthode plus lente, pour recourir à l'opération de Péan-Segond.

En cas de persistance des douleurs ou en cas de récidive, à l'exemple de M. Laroyenne, nous recourrons à l'hystérectomie ou à l'ablation secondaire des annexes.

Bien d'autres cas restent où d'autres interventions sont préférables à l'incision vaginale : cas de masses serpentines sans poches bien distinctes ; cas proéminents du côté de l'abdomen ; cas compliqués de rétroversion adhérente, etc. Nous avons alors recours, suivant les indications, aux opérations suivantes :

Ablation vaginale de petits pyo-salpinx.

Ablation abdominale uni ou bilatérale des annexes avec ou sans ventro-fixation.

Hystérectomie avec ou sans extirpation concomitante des poches tubaires.

III.

La question du *procédé* n'est pas, croyons-nous, question absolument secondaire. Car beaucoup de chirurgiens rejettent la voie vaginale, à cause, disent-ils, de ses dangers et de l'impossibilité de contrôler par la vue la marche des instruments. Avec des écarteurs, des pinces et ses doigts, on peut sans doute, comme nous le dit M. Segond, faire bien et même très bien. Nous n'en doutons pas. Ayant à plusieurs reprises, enlevé par le cul-de-sac de Douglas, de petits pyo-salpinx légèrement adhérents, nous aurions pu, avec plus de facilité, nous contenter de les ouvrir, s'ils nous avaient présenté une poche bien nette. Mais l'instrumentation de M. Laroyenne n'en reste pas moins, pour les chirurgiens qui l'ont employée, d'une simplicité et d'une sécurité remarquables. Beaucoup de chirurgiens qui limitent plus que lui les indications de ce débridement vaginal, le font peut-

être par suite de l'insuffisance de leur instrumentation. Le fait est que pour des collections saillantes du Douglas, dont l'hématocèle est le type, une instrumentation spéciale n'est point nécessaire. Mais il n'en est plus de même, quand on prétend atteindre par le vagin, sans hystérectomie, des collections multiples superposées. Une première collection superficielle ouverte, on va, au travers de la brèche qui en résulte, chercher au delà d'autres poches plus profondes, poches salpingées pour la plupart. La courbure pelvienne du trocart-sonde de M. Laroyenne permet justement d'atteindre par le cul-de-sac de Douglas et à n'importe quelle profondeur sur les côtés ou derrière l'utérus, ces collections superposées. « C'est déjà presque l'opération de Péan, moins l'extirpation de l'utérus », a dit M. Le Dentu, en parlant de cette évacuation de foyers multiples.

Le cul-de-sac est parfois, par suite de pachypéritonite, doublé d'une couche lardacée, ligneuse, de plusieurs centimètres d'épaisseur, dissimulant la fluctuation et la rénitence même des poches purulentes, et spécialement dans les cas où il y a un pus infectieux à évacuer. Il serait illusoire de vouloir traverser de pareilles coques avec une fine aiguille capillaire. La puissance du trocart de M. Laroyenne le permet presque aisément.

Le *procédé opératoire* est le suivant : après désinfection et anesthésie, la malade étant maintenue couchée avec les cuisses fléchies sur le bassin, il faut constater, par le palper bi-manuel, une poche affleurant le cul-de-sac postérieur, l'index gauche maintenu dans le vagin et le médius gauche dans le rectum.

L'aide du côté de la collection appuie sur la paroi abdominale à son niveau, pour la faire proéminer en arrière et fournir une résistance à la ponction.

L'opérateur ayant, comme seul guide, son index gauche dans le vagin, applique la pointe du trocart au niveau de la tumeur inflammatoire, sur le côté ou au centre du cul-de-sac postérieur en arrière d'une ligne rasant l'insertion du vagin sur le col utérin.

Il relève la pointe du trocart, comme dans le cathétérisme de l'utérus, pour embrocher la collection.

Le trocart, que l'on a senti pénétrer dans la cavité pathologique, est retiré, la canule étant maintenue en place.

Dans la rainure de la canule le métrotome de Simpson est introduit et conduit jusque dans l'abcès.

La canule retirée, le métrotome est ouvert et ramené ouvert, débridant transversalement la coque de l'abcès et la muqueuse vaginale.

Injection vaginale à faible tension.

Enfin une éponge, soupoudrée d'iodoforme et armée d'un fil, est introduite dans l'abcès et laissée à cheval sur l'incision.

Au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, on la retire et on la remplace par une forte mèche de gaze iodoformée, que l'on renouvelle tous les huit à dix jours. Cette méthode, ainsi exécutée, est d'une très grande simplicité, d'une très grande sécurité quelque dangereuse qu'elle paraisse au premier abord.

Sans insister sur les détails, nous devons faire quelques remarques : et d'abord, la ponction doit toujours être faite dans le cul-de-sac postérieur, en son milieu ou sur les côtés, en arrière d'une ligne rasant la face postérieure du col, ce qui permet d'éviter sûrement la vessie, l'uretère et l'artère utérine. Jamais de ponction dans le cul-de-sac latéral ; ce serait aller au devant d'une lésion de ces organes, qui n'est d'ailleurs pas irrémédiable.

Le débridement doit être transversal, dans le champ du Douglas, large à laisser passer deux ou trois doigts, on s'efforcera de ne pas dépasser les limites de la base de l'abcès, c'est-à-dire sa partie adhérente. Les aurait-on dépassées, nous savons par expérience qu'il n'en résulte aucun accident fâcheux, même sans prendre la précaution recommandée par Landau de maintenir accollées la coque de l'abcès et la brèche vaginale, au moyen de pinces longuettes.

Le foyer principal ouvert, on profite de la large voie, qu'il offre pour attaquer de même des foyers secondaires, situés au-dessus ou sur les côtés, et que révèle le palper bi-manuel, devenu plus parfait par l'introduction du doigt en plein cul-de-sac de Douglas ou en pleine cavité tubaire. Les mêmes instruments ou quelquefois le doigt seul ouvrent ces cavités superposées.

Dans les cas de ponction blanche, où le trocart pénètre dans une cavité virtuelle, sans liquide, il faut débrider, pour ne pas laisser au-delà du cul-de-sac vaginal une cavité peut-être infectée, et toute préparée pour des accidents de rétention.

Un des accidents possibles du débridement est la lésion du rectum, lésion qui guérit d'ailleurs toujours spontanément par suite de la rétraction vaginale. Un moyen certain de l'éviter, c'est de ponctionner et de débrider en maintenant l'index gauche dans le vagin et le médius dans le rectum.

Quant à l'hémostase, nous ne saurions trop recommander le procédé, qui sera bien à tort dédaigné, de l'éponge à cheval sur la brèche du débridement. Dans les cas d'hémorragies les plus graves, toujours nous l'avons vu d'une efficacité certaine et immédiate. L'éponge, bien aseptique, doit être à mailles fines, c'est-à-dire élastique. Portée par

une longue pince, elle doit entrer à frottement, et se dilater partie dans l'abcès, partie dans le vagin, la partie étranglée exerçant une compression efficace sur la tranche de section des tissus.

Nous ferons enfin remarquer combien tous les temps opératoires s'enchaînent. La rainure de la canule rend des plus aisées l'introduction du métrotome; la section franche de celui-ci facilite l'introduction de l'éponge et permet qu'elle exerce une compression égale sur toutes les couches sectionnées.

Le traitement consécutif consiste à maintenir béante la collection ouverte jusqu'à cicatrisation. Une mèche de gaze iodoformée nous a paru mieux assurer ce résultat que tout autre procédé.

Dans les cas de très vastes poches à coque peu rétractile, à sécrétion purulente très abondante, on peut être obligé de revenir à l'ancien mode de traitement, aux lavages quotidiens dans la poche, avec une sonde à double courant, pour éviter des accidents de rétention.

On devra porter à ces lavages et à l'introduction des mèches, une grande prudence et une délicatesse extrême : la déchirure des adhérences pouvant amener des poussées de pelvi-péritonite.

On devra aussi grandement se méfier de la rétraction vaginale, hâtive, cause des fistules et des récidives; une dilatation prudente du trajet avec les bougies de Hégar ou même un débridement secondaire du trajet rétréci permettent de parer à cet accident, et d'éviter de la sorte que se pose plus tard l'indication d'une intervention plus radicale, l'ablation abdominale des annexes ou l'hystérectomie vaginale. Un des avantages importants de cette dernière est par la large brèche créée de retarder cette rétraction vaginale si puissante, cause des accidents de la méthode, mais aussi mode spontané de guérison des plaies intestinales et même urinaires.

Observation I. — *Pyo-salpinx gauche de volume moyen. — Débridement vaginal. — Guérison persistante.*

Madame B....., jeune femme de 24 ans, a eu un enfant il y a vingt et un mois, puis, il y a six mois, une fausse couche non soignée. Souffre depuis et est alitée depuis un mois.

Au toucher, on constate derrière le col de l'utérus et à gauche, un petit pyo-salpinx bien net, du volume d'une petite orange, adhérent au cul-de-sac de Douglas.

Rien d'appréciable du côté des annexes droites.

Opération le 20 *août* 1891 : ponction et débridement de la collection,

suivant le procédé de M. Laroyenne, par le docteur Goullioud. Il s'écoule un demi-verre de pus. Éponge à cheval.

Trois pansements à la gaze iodoformée, à huit jours d'intervalle.

29 *août* 1892 : dit ne s'être jamais mieux portée; ne souffre plus du tout du côté gauche, n'a jamais rien ressenti à droite, peut marcher tant qu'elle veut; plus du tout de dyspareunie. Bien réglée.

Remarque : Ce cas n'a que l'intérêt de représenter le type le plus habituel des abcès ponctionnés par le vagin, et aussi une des meilleures indications de la méthode de M. Laroyenne.

Observation II. — *Collection postéro-latérale gauche. — Débridement vaginal. — Grossesse.*

V. S....., âgée de 30 ans, entre dans le service de M. Laroyenne le 20 mars 1891.

A eu un accouchement à terme, il y a cinq ans, et vient d'avoir, 13 mars, une fausse couche non soignée de quelques semaines; retard de dix jours, suivi de coliques utérines et de pertes, puis de douleurs abdominales et de fièvre.

A l'examen local, on constate une collection volumineuse, occupant le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac latéral gauche. L'utérus, de 8 centimètres, est fortement refoulé en avant. La collection est rénitente; elle fait une saillie considérable du côté du rectum. Son volume est estimé à celui d'une tête de fœtus à terme.

Le 21 *mars*, débridement dans le cul-de-sac postérieur, suivant le procédé de M. Laroyenne, donnant un pus fluide, séreux, fétide. La cavité se prolonge beaucoup plus à gauche qu'à droite.

Éponge à cheval sur la brèche vaginale, laissant passer deux doigts.

Au bout de quarante-huit heures on enlève l'éponge que l'on remplace par une mèche de gaze iodoformée, qui est changée le cinquième jour, etc.

Les suites sont des plus simples, et le 2 avril, la malade obtient sa sortie.

L'orifice de la ponction dans le cul-de-sac postérieur est imperméable à l'hystéromètre.

Les semaines suivantes, la malade vient à la consultation gratuite, se plaignant encore de temps en temps d'une certaine sensibilité du côté gauche. Il y a une sorte de plastron vaginal assez épais.

Le 14 *avril* 1892, c'est-à-dire un an après, la malade revient à la

consultation gratuite, très contente du résultat obtenu, ne souffrant plus. Les règles ont un retard de quinze jours.

Le 16 *août*. — Enceinte de cinq mois et ne présentant aucun malaise en rapport avec son ancienne affection.

Remarques : Ce cas a été très intéressant, par ce fait surtout que nous avons déjà signalé, que les premières semaines après leur départ, le plus souvent hâtif, les opérées gardent une certaine sensibilité comparable à celle qui suit la guérison de toute inflammation suppurative et que l'on a d'ailleurs après l'extirpation des annexes. Puis la guérison devient de plus en plus parfaite, et est confirmée par l'apparition d'une grossesse.

Observation III. — *Double pyo-salpinx et épanchement séreux péritonéal. Débridement de trois cavités.*

J. G..., jeune femme de 25 ans, bonne de brasserie, reçue le 28 mai 1892 dans le service de M. Laroyenne, que j'ai l'honneur de suppléer. Elle raconte que depuis ses couches, il y a dix-huit mois, elle a toujours souffert du ventre ; que même elle éprouvait une sensation de mal de ventre en restant debout : à ce moment la fièvre était tellement intense (39-40) qu'on l'envoya à l'hôpital avec le diagnostic de fièvre typhoïde.

Au moment de l'examen de la malade endormie, on reconnaît spécialement par le rectum, une collection liquide peu tendue, occupant le cul-de-sac de Douglas, pointant fortement du côté du rectum. Le doigt introduit dans l'intestin, n'est séparé de cette collection rénitente que par une paroi très mince. L'utérus est repoussé en antéposition ; ces signes font dire que la collection est probablement péritonéale.

Le 3 juin. — Débridement de la collection par le vagin, suivant la méthode de M. Laroyenne. Il s'écoule de la sérosité. L'incision mène dans un espace médian rétro-utérin. Le palper bi-manuel, fait immédiatement, permet de reconnaître de chaque côté une poche moins importante que la collection médiane et plaquée contre la paroi pelvienne latérale.

A droite, cette poche, du volume d'un œuf, donne à la ponction, suivie de débridement, un peu de pus. Il s'agit manifestement d'un petit pyo-salpinx.

A gauche, la masse est plus dure, représente une trompe augmentée de volume, mais moins distendue par du liquide. Il ne s'en écoule

pas à la ponction, mais le débridement donne accès aussi dans un petit pyo-salpinx.

De ces trois ponctions, suivies chacune d'un débridement transversal du cul-de-sac postérieur avec trois cavités, séparées profondément par une cloison incomplète.

Suintement sanguin insignifiant. Cependant comme toujours on fait l'hémostase : on met trois éponges, saupoudrées d'iodoforme et armées d'un fil, à cheval sur la brèche, chacune pénétrant dans un des diverticules de la brèche vaginale, correspondant aux trois cavités ouvertes.

La température, à 39, avant l'opération, s'abaisse progressivement pour atteindre la normale le troisième et le quatrième jour, remonter à 38,4 et devenir définitivement inférieure à 38.

Au bout de quarante-huit heures, on enlève les éponges, que l'on remplace par des mèches de gaze iodoformée.

Pansements rares, tous les sept ou huit jours, consistant à changer les mèches iodoformées après un lavage vaginal avec une solution sublimée faible.

La malade allant bien demande sa sortie le 28 juillet : son état général est bon ; elle mange avec appétit ; marche sans fatigue.

L'utérus est en antéposition normale ; mobile, mais évidemment ne serait pas abaissable. On touche au chlorure de zinc une érosion sans importance du col utérin.

Dans le cul-de-sac de Douglas, profondément élevé par rétraction, on sent derrière le col un petit orifice en cul-de-poule de 1 centimètre de profondeur.

Les culs-de-sac latéraux sont libres. Certainement les annexes n'ont pas un volume exagéré ; on les devine plutôt qu'on ne les sent, adhérentes au-dessus les ligaments utéro-sacrés.

La malade est revue le 1er septembre allant très bien, pouvant sans fatigue faire deux heures de marche. La cicatrisation est achevée : aucune fistule ne persiste dans le cul-de-sac postérieur fortement rétracté.

Remarques : Dans ce cas, il s'agit d'une intervention faite dans la première période d'une double infection tubaire ; alors qu'existe encore l'épanchement séreux de la pelvi-péritonite symptomatique de cette infection ; alors que les pyo-salpinx, au début, sont encore peu développés et occupent les côtés du bassin. Le cas le plus habituel des poches multiples nous est fourni par l'observation suivante.

Observation IV. — (*Observation XXVI de E. Blanc et due à l'obligeance du Dr Leclerc*). — *Debridement dans la même séance d'une poche séreuse et d'une poche purulente superposées. — Guérison parfaite persistant depuis six ans.*

Madame G...., 24 ans, hôtelière. A été opérée par M. Laroyenne en mai 1886. Le début de son affection remontait à dix-huit mois. Après une suspension de règles, pendant trois mois, elle eut une perte abondante et prolongée. Un médecin consulté lui fit des cautérisations du col; puis, éclatèrent des douleurs abdominales qui n'ont pas cessé. Au bout de quelque temps, il se fit un écoulement de pus par le rectum; cet écoulement peu abondant persista plusieurs mois; en même temps, affaiblissement progressif.

Avant l'opération, la malade présentait une pâleur extrême, avait des palpitations, de la dyspnée à la moindre marche, et souffrait d'une dyspepsie à forme gastralgique. En somme, l'état général était à ce point détérioré, qu'on était étonné de ne point trouver, à l'examen des poumons, des lésions tuberculeuses.

Opération dans une maison de santé. Tuméfaction en arrière et à gauche, deux poches superposées ; l'inférieure continuait de la sérosité, la supérieure du pus ; lavages réguliers. La malade part au bout d'un mois, ne souffrant plus.

Elle est revue le 27 mars 1887, c'est-à-dire un an après l'opération. Elle n'a plus souffert, l'embonpoint est revenu avec les couleurs, excellent état général. Elle est debout et travaille toute la journée dans son restaurant sans la moindre fatigue. L'examen local n'a pu être fait.

Dernières nouvelles, 10 septembre 1892, confirmant toutes les nouvelles antérieures : le résultat immédiat parfait ne s'est jamais démenti.

Santé générale parfaite.

Conclusions. — La méthode de M. Laroyenne qui consiste en un large et quelquefois multiple débridement par le cul-de-sac vaginal postérieur, convient aux collections inflammatoires diverses du petit bassin, pourvu qu'elles forment une poche qu'on puisse atteindre par le milieu ou les côtés du cul-de-sac de Douglas.

Elle donne de bons résultats :

1° Dans les épanchements purulents ou séro-purulents de la pelvi-péritonite aigüe ou chronique, puerpérale même.

2° Dans les pyo-salpinx, adhérents au fond du bassin.

3° Dans beaucoup de cas de collections multiples « c'est déjà presque l'opération dite de Péan, moins l'extirpation de l'utérus » Le Dentu.

4° Dans les suppurations paramétritiques.

5° Dans les hématocèles suppurées ou non, où le débridement large doit être suivi de l'évacuation des caillots.

Cette méthode est particulièrement indiquée dans les cas très graves, infectieux, complexes, chez des femmes affaiblies, ou elle remplit l'indication urgente et présente une bien moindre gravité que l'hystérectomie et surtout que les opérations abdominales.

Elle est aussi particulièrement indiquée dans ces cas de pyo-salpinx unilatéral qu'il suffit d'évacuer et de drainer pour amener la guérison, en laissant à la femme des chances réelles de conception.

D'autres interventions sont préférables, quand la pyo-salpingo-ovarite ne présente pas de poche bien distincte ;

Ou en cas de persistance des douleurs ou de récidive après un ou plusieurs débridements ou quand il y a une rétroversion grave concomitante.

Henry Delagénière (du Mans). — Par suppurations pelviennes, nous entendons seulement les cas de suppurations limitées au bassin et ayant pour point de départ les organes génitaux de la femme. Notre intention, en outre, est de ne nous occuper ici que des indications opératoires et du mode d'intervention.

Ceci posé, deux méthodes sont en présence, la *laparotomie* qui a fait ses preuves ; et l'*hystérectomie vaginale* ou *opération de Péan*, vulgarisée et défendue encore aujourd'hui par M. Segond.

Certes, les succès nombreux et remarquables obtenus par ces deux maîtres peuvent séduire à première vue; mais ils ne nous paraissent cependant pas de nature à faire délaisser la laparotomie pour les cas de suppurations pelviennes avérées, ainsi que le prétendent ces auteurs.

Les résultats obtenus par l'intervention abdominale dans ces conditions nous paraissent tout aussi remarquables et même supérieurs. C'est la raison pour laquelle nous venons par l'exposé de faits très nets réfuter les trois conclusions que M. Segond a tirées de son travail si précis à tous égards et les remplacer par ces trois autres :

1° *La laparotomie, dans les cas de suppurations pelviennes* (toutes choses étant égales), *est moins grave que l'hystérectomie vaginale ;*

2° *Les résultats définitifs,* autant qu'on en peut juger aujourd'hui, *sont équivalents, sinon supérieurs, dans la laparotomie ;*

3° *L'inconvénient de la cicatrice abdominale est loin d'égaler celui de certains dangers inhérents à l'hystérectomie, l'ouverture de la vessie, par exemple.*

Ces conclusions sont tirées de dix-huit observations qui suivent. Nous avons laparotomisé ces dix-huit malades au Mans, dans notre maison de santé, du 8 septembre 1890 au 18 août 1892. Chez toutes, la présence du pus a été constatée. Elles rentraient donc toutes dans la catégorie des malades chez lesquelles l'hystérectomie devrait être préférée à la laparotomie d'après M. Segond.

Nous ne donnerons ici qu'un résumé sommaire de ces observations, nous efforçant de faire ressortir la gravité relative des cas entre eux, afin de permettre au lecteur d'établir une comparaison entre ces cas et d'autres analogues traités par l'hystérectomie.

Observation I. — Doubles pyo-salpingites. Double salpingo-oophorectomie. Mort. Adhérences intimes des annexes à l'intestin et l'utérus.

La trompe gauche est grosse comme un œuf et remplie de pus; la trompe droite grosse comme le pouce et distendue par du liquide purulent. Les ovaires sont friables. Femme de 25 ans, opérée le 8 septembre 1890 en présence des Drs P. Delagénière, de Tours, Codet, de Coulans, Persy, du Mans, Fontaine, de Sillé-le-Guillaume.

Observation II. — Rétroversion douloureuse et doubles pyo-salpingites. Double salpingo-oophorectomie, hystéropexie. Guérison. Utérus complètement renversé et soudé en place par des adhérences multiples, au milieu desquelles on trouve les annexes. Celles-ci adhèrent entièrement à l'appendice. Les deux ovaires sont kystiques, entourés par les trompes, très déformées, volumineuses et distendues par du pus. Femme de 35 ans, opérée le 23 décembre 1890 en présence des Drs Baudouin, de Paris, et Bolognési, du Mans.

Observation III. — Doubles pyo-salpingites tuberculeuse, péritonite tuberculeuse. Double salpingo-oophorectomie. Drainage du péritoine. Guérison. Péritonite tuberculeuse généralisée à forme sèche, les anses d'intestin sont agglutinées entre elles, les annexes enfouies dans des pseudo-membranes épaisses. Les deux trompes sont distendues par un liquide purulent, les ovaires criblés de petits

kystes. Malade de 28 ans, opérée le 9 février 1891 en présence des Drs Baudouin, de Paris, Bruneau, de René, Bolognési, Persy et Vincent, du Mans.

Observation IV. — Ovaro-salpingites très anciennes avec foyers multiples de suppuration. Rupture des adhérences, évacuation des foyers purulents, hystéropexie et drainage abdominal. Guérison. Opération extrêmement laborieuse, pendant laquelle il est impossible de reconnaître les annexes qui sont extirpées en partie seulement. Femme de 30 ans, opérée le 17 février 1891 en présence des Drs Bolognési et Vincent, du Mans.

Observation V. — Ovaro-salpingites suppurées très anciennes. Rupture d'adhérences multiples, évacuation de foyers purulents situés entre les anses intestinales et en arrière de l'utérus. Isolement de l'utérus qui est fixé à la paroi pour faciliter le drainage de la cavité de Douglas. Guérison. Cette opération très laborieuse consiste, en somme, à la simple évacuation des foyers purulents du bassin et à la rupture des adhérences. Femme de 47 ans, opérée le 24 février 1891 en présence des Drs Bolognési, Claudot et Vincent, du Mans.

Observation VI. — Ovaro-salpingites suppurées. — Double salpingo-oophorectomie. Guérison. Adhérences peu considérables, mais les deux trompes kystiques étaient distendues par du pus et on pouvait voir sur la surface séreuse des ligaments tubo-ovariens et ovarien, sectionnés, des arborisations formées par des vaisseaux lymphatiques qui paraissaient injectés avec du pus. Femme de 22 ans, opérée le 23 juillet 1891 en présence des Drs Bolognési, Persy, Vincent, du Mans, de Paoli de Mamers.

Observation VII. — Pyo-salpingites et abcès pelviens. Double salpingo-oophorectomie. Guérison. Adhérences multiples et solides, pyo-salpingite droite ; à gauche, l'ovaire et la trompe disparaissent dans un magma inextricable, dans lequel on découvre des petits foyers purulents multiples. Femme de 31 ans, opérée le 12 septembre 1891 en présence des Drs Bolognési, Garnier, Lize, Persy et Vincent, du Mans ; Mauvais, de la Flèche.

Observations VIII. — Ovaro-salpingites d'origine blennorrhagique. Double salpingo-oophorectomie. Guérison. Adhérences extrêmement

dures nécessitant l'emploi des ciseaux. Les deux trompes sont obstrués et kystiques, celle de gauche contient un liquide nettement purulent, celle de droite un liquide transparent. Femme de 30 ans, opérée le 2 février 1892 en présence des Drs Bolognési et Vincent, du Mans.

Observation IX. — Ovaro-salpingites. Double salpingo-oophorectomie. Guérison. Opération simple, adhérences peu considérables, mais foyers purulents dans les trompes et les ovaires fusionnés. Femme de 29 ans, opérée le 9 février en présence des Drs Bolognési, Rocher et Vincent, du Mans.

Observation X. — Hémato-salpingites et ovarites suppurées. Double salpingo-oophorectomie. Guérison. Anses intestinales intimement agglutinées. Trompes plus grosses que le pouce, distendues par un liquide chocolat. Ovaires volumineux complètement cachés par des adhérences intimes qu'il faut détacher aux ciseaux. Au milieu de ces adhérences et dans l'épaisseur même des ovaires, on trouve des vacuoles pleines de pus. Femme de 42 ans, opérée le 17 mars 1892 en présence des Drs Bolognési et Vincent, du Mans.

Observation XI. — Abcès des trompes et des ovaires du péritoine pelvien et de l'appendice vermiforme. Double salpingo-oophorectomie, résection de l'appendice. Guérison. Malade épuisée. Les intestins adhérent entre eux ferment le bassin. En rompant ces adhérences plusieurs foyers purulents sont ouverts, les trompes, les ovaires sont suppurés et, à droite, un foyer purulent important dans lequel on trouve l'appendice vermiforme ulcéré et perforé à son insertion à l'intestin. Opération très laborieuse nécessitant le drainage du péritoine. Femme de 24 ans, opérée le 26 avril 1892 en présence des Drs P. Delagénière, de Tours, Mabboux, de Contrexéville, Triboul, d'Alençon, Vincent, du Mans.

Observation XII. — Pyo-salpingite gauche. Hématocèle rétro-utérine. Double salpingo-oophorectomie, drainage, guérison. Opération très laborieuse en raison des adhérences multiples de l'intestin. La cavité de Douglas est obstruée par des caillots venant de la rupture d'un kyste de l'ovaire droit, la partie supérieure de ces caillots est fibrineuse, la trompe gauche est distendue par du pus. Femme de 35 ans, opérée le 17 mai en présence des Drs Bolognési, Devaux et Vincent, du Mans.

Observation XIII. — Kyste de l'ovaire gauche, pyo-salpingite droite. Double salpingo-oophorectomie. Guérison. Adhérences très nombreuses, le kyste de l'ovaire gauche est gros comme une orange, la trompe est obstruée et contient un liquide analogue à du lait. A droite, la trompe volumineuse kystique contient du pus. Opération laborieuse à cause des adhérences. Femme de 34 ans, opérée le 7 juin 1892 en présence des Drs Bolognési et Vincent, du Mans, de Paoli, de Mamers.

Observation XIV. — Pyo-salpingites et rétroversion. Double salpingo-oophorectomie hystéropexie. Guérison. Dans ce cas, les trompes et les ovaires forment une sorte de magma dans l'épaisseur duquel on peut constater plusieurs foyers purulents. Plusieurs autres foyers sont ouverts et nettoyés pendant le détachement des adhérences intestinales. La cavité de Douglas est drainée. Femme de 29 ans, opérée le 14 juin 1892 en présence des Drs Bolognési et Vincent, du Mans, Codet, de Coulans.

Observation XV. — Pyo-salpingites et rétroversion. Double salpingo-oophorectomie et hystéropexie. Guérison. Adhérences très intimes de l'épiploon à la paroi et aux anses intestinales agglutinées et obstruant complètement le petit bassin. Utérus rétroversé recouvre les annexes qui sont prolabées et très adhérentes. Les deux trompes renferment du pus, mais il n'y a pas de foyers purulents en dehors des annexes. Femme de 39 ans, opérée le 4 juillet 1892 en présence des Drs Bolognési et Persy, du Mans.

Observation XVI. — Pyo-salpingite gauche, kyste de l'ovaire droit et rétroversion. Double salpingo-oophorectomie et hystéropexie. Guérison. Opération simple, peu d'adhérences. La trompe gauche est grosse comme le doigt et distendue par du pus. A droite, la trompe paraît normale, mais l'ovaire forme un kyste gros comme un œuf de poule. Femme de 37 ans, opérée le 11 juillet 1892 en présence des Drs Bolognési et Persy, du Mans; Chevalier, de Marolles-les-Braults.

Observation XVII. — Salpingites volumineuses, rétroversion légère. Double salpingo-oophorectomie et raccourcissement intra-abdominal des ligaments larges. Adhérences multiples; les ovaires sont scléro-kystiques des deux côtés, les trompes énormément distendues. Celle de droite grosse comme une mandarine est multi loculaire et remplie de pus. Celle de gauche, plus petite, est distendue par un liquide citrin,

près de son orifice utérin, elle présente une masse fibreuse, développée aux dépens de ses parois et du volume du petit doigt. Femme de 31 ans, opérée le 20 juillet 1892 en présence des Drs Horeau, de Fresnay, Bolognési et Vincent, du Mans.

Observation XVIII.— Pyo-salpingite gauche ouverte dans l'utérus, hémato-salpinx droite rompue dans le ventre. Double salpingo-oophorectomie, amputation en cône de la corne utérine gauche, hystéropexie. Drainage. Guérison. Opération très laborieuse en raison des adhérences considérables de l'intestin à la vessie, à l'utérus et aux annexes. La corne utérine gauche est comme coiffée par les annexes de ce côté, en les détachant on ouvre une cavité anfractueuse communiquant avec la cavité utérine et remplie de pus. La cavité de Douglas est siége d'une hématocèle causée par la rupture d'un gros hémato-salpinx. Femme de 45 ans, opérée le 18 août 1892 en présence des Drs Bolognési et Vincent, du Mans, et Fontaine, de Sillé-le-Guillaume.

L'exposé de ces dix-huit cas nous dispensera de toute considération théorique, nous nous contenterons de les grouper et de faire ressortir leur importance relative afin d'appuyer nos conclusions générales.

Ces dix-huit cas fort disparates nous ont donné une mort seulement, la première malade de la série (obs. I). Cette malade, chez laquelle l'opération fut simple, mourut de péritonite septique dont nous faisons remonter la cause à l'usage d'éponges mal préparées (1). De telle sorte que la mortalité, dans cette série de laparotomies faites pour des cas avérés de suppurations pelviennes, n'excède pas de beaucoup 5 °/₀ (exactement 5,55), chiffre inférieur à celui de M. Segond qui dépasse 8 °/₀ (exactement 8,69). sans compter que chez nombre des malades de M. Segond l'hystérectomie fut pratiquée pour des lésions non suppuratives des annexes. (7 cas sur sa première série de 23 cas).

Toutes ces raisons nous empêchent donc d'adopter l'opinion de M. Segond, puisqu'elles nous démontrent qu'au contraire l'hystérectomie a été plus grave que la laparotomie.

Pour le deuxième point en litige, à savoir que les résultats définitifs de l'hystérectomie sont supérieurs à ceux de la laparotomie, je serai

(1) Depuis cette époque nous employons exclusivement des tampons-éponges, stérilisés à l'autoclave et nous n'avons plus eu un seul accident septique.

moins affirmatif et l'avenir seul permettra de trancher le différend dans un sens ou dans l'autre. En effet, les malades de M. Segond comme les miennes n'ont pas été suivies assez longtemps pour qu'on puisse se prononcer.

Pour ce qui concerne les miennes que j'ai revues récemment ou dont j'ai eu des nouvelles, je dirai que l'une d'elles (obs. XI) conserve une fistule abdominale, par laquelle s'écoule encore du pus (4 mois 1/2 après l'opération), qu'une autre (obs. VIII), souffrait encore dans le bas-ventre trois mois après l'opération, et présentait une induration très nette des ligaments larges. Mais en revanche chez les autres, y comprises les deux opérations incomplètes (obs. IV et V) et l'observation XVIII dont le résultat immédiat est surprenant, la guérison paraît acquise.

Ces résultats immédiats peuvent-ils être considérés comme définitifs? Nous ne pouvons l'affirmer, mais nous sommes portés à le croire, étant donné ce que nous avons vu chez d'anciennes opérées de nos maîtres MM. Terrier et Lucas Championnière.

Nous ferons au contraire de plus grandes réserves pour les malades qui ont subi l'hystérectomie. Dans un cas, le seul qui nous soit personnel (1), la malade quitta la maison de santé très améliorée, mais rendant encore du pus par le vagin. Six mois plus tard son médecin le Dr Ledrain, de Loué, m'apprenait qu'elle n'avait cessé de suppurer et venait de s'éteindre dans le marasme.

Reste enfin la question de l'incision abdominale, nous ne la considérons comme sérieuse qu'au point de vue des complications qu'elle peut occasionner. Une de nos malades (obs. V) a une éventration assez sérieuse qui nécessite l'emploi d'une ceinture hypogastrique. Les autres n'ont encore aucune complication. Or, cette éventualité d'une éventration chez la femme laparotomisée est, à mon sens, moins grave que l'éventualité de l'ouverture de la vessie au cours de l'hystérectomie, accident qui peut arriver à tout hystérectomiste.

Nos dix-huit observations nous ont donc démontré que dans les cas de suppurations pelviennes :

1° *La laparotomie est moins grave que l'hystérectomie.*

2° *Les résultats définitifs paraissent devoir être aussi bons dans la laparotomie que dans l'hystérectomie.*

---

(1) Il s'agissait d'un cas grave de suppuration pelvienne. Je fis l'hystérectomie totale, ouvris plusieurs cavités purulentes mais ne pus enlever les annexes.

3° *L'inconvénient de la cicatrice abdominale est moins important que les dangers d'ouvrir la vessie que fait courir l'hystérectomie.*

Nous allons rechercher maintenant les enseignements opératoires que semblent comporter ces observations, surtout au point de vue des indications de l'hystérectomie admises par quelques chirurgiens.

Nous diviserons ces observations en trois groupes; chacun de ces groupes nous paraissant comporter ses indications spéciales :

1° Le pus est enkysté dans les trompes ou les ovaires.

2° Le pus, indépendamment des lésions des annexes, est collecté en foyers plus ou moins considérables dans le péritoine pelvien (pelvi-péritonite).

3° Un ou plusieurs foyers purulents communiquent avec la cavité d'un organe quelconque. Il y a fistule interne.

Dans le premier groupe nous avons dix observations (obs. I, II, VI, VIII, IX, XII, XIII, XV, XVI et XVII). Il suffit d'enlever les annexes pour enlever en même temps le foyer infecté; l'opération sera simple et par suite bénigne, à moins de complication nécessitant le drainage du péritoine comme une hématocèle (obs. XII).

Dans le deuxième groupe six cas (obs. III, IV, V, VII, X et XIV). On doit non-seulement enlever les annexes, mais évacuer et nettoyer toutes les cavités qui renferment du pus. Le danger d'infection devient plus grand, l'opération, par suite, sera plus grave. Dans ces cas, le drainage du péritoine nous paraît une régle, nous l'avons pratiqué quatre fois sur six (obs. III, IV, V et XIV). Jamais nous n'avons eu recours au drainage capillaire. Comme notre maître, M. Terrier, nous employons de gros drains de caoutchouc mesurant de 14 à 18mm de diamètre. Nous laissons ce drain quarante-huit heures seulement, sauf indications spéciales (obs. XI).

Enfin dans le troisième groupe deux cas (obs. XI et XVIII), l'opération est très complexe; indépendamment des foyers de pelvi-péritonite, on se trouve en présence de lésions auxquelles il faut remédier; suture de l'intestin (obs. XI), fermeture de la cavité utérine (obs. XVIII), etc.

Dans ces cas très complexes, nous avons obtenu des résultats excellents par la laparotomie et il devait en être ainsi.

Les lésions secondaires de l'intestin de la vessie, de l'utérus deviennent plus facilement accessibles quand le ventre est ouvert et, par suite, peuvent être traitées directement, tandis que l'hystérectomie vaginale (sauf le cas d'ouverture dans la cavité utérine, obs. XVIII) laisse les lésions sans y porter remède, une fistule intestinale dans le fond du vagin peut en être la conséquence.

Pour toutes ces raisons je pense avec beaucoup d'autres chirurgiens plus autorisés que moi (Terrier, Lucas Championnière, Pozzi, etc.), que l'on doit restreindre énormément les indications de l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes. Je serais presque tenté de n'admettre comme indication que l'échec d'une laparotomie faite préalablement. C'est assez dire que l'opération de Péan ne devra jamais être une opération de choix, mais une opération de très rare exception.

Vuillet (Genève). — Voici deux ans que je n'ai plus eu recours ni à l'hystérectomie ni à la laparotomie pour des suppurations pelviennes.

Pendant ces deux années, j'ai appliqué à tous ces cas, au nombre de dix-huit, une méthode très simple à laquelle j'ai été initié à la clinique de Landau lors du congrès de Berlin. Cette méthode ne m'a donné ni un accident ni un échec, et, parmi les malades que j'ai pu suivre, je n'ai pas constaté une seule récidive. Aussi je ne crois pas, comme le rapporteur, qu'il n'y ait plus, pour guérir les suppurations pelviennes, que deux méthodes en concurrence : la laparotomie et l'hystérectomie.

Que le pus pelvien existe dans des poches naturelles ou dans des poches de nouvelle formation, il est susceptible d'être évacué comme ailleurs par les moyens ordinaires : c'est-à-dire par ponction, incision, lavage et drainage des poches.

Landau a publié ses résultats qui sont remarquables et les miens les confirment d'une façon absolue. La paracentèse constitue la base fondamentale de mon traitement habituel et le plus souvent je n'ai pas besoin de recourir à d'autres moyens.

Il est évident que si j'ai affaire à de vastes abcès, nettement fluctuants, siégeant sous la paroi, je n'hésite pas à les inciser d'emblée, sur le point où elles font saillie. Ces collections s'opèrent comme l'hématocèle suppurée, mais ce n'est pas d'elles qu'il s'agit ici.

Les collections pour lesquelles l'hystérectomie et la laparotomie peuvent entrer en concurrence, sont, en majorité, des pyo-salpingites. Or, le sac ou les sacs purulents de la pyo-salpingite se trouvent ordinairement, soit d'emblée, soit par suite d'adhérences, si non contigus à l'utérus, du moins très rapprochés de celui-ci. Les collections ont sur une certaine étendue des parois mitoyennes avec l'utérus et avec le plancher pelvien. Ces parois sont ordinairement le résultat d'un

adossement produit par les adhérences qu'a déterminées la pelvi-péritonite péritubaire.

Dans la règle, ces adhérences sont solides et nombreuses, parce que l'on a affaire à de vieilles collections qui se sont établies par poussées imflammatoires successives.

Quant au pus, il a ordinairement perdu une grande partie de sa virulence, comme le montre l'innocuité relative des ruptures des poches dans le cours de l'ablation des annexes par la laparotomie.

Le fait qu'il existe des adhérences solides et épaisses explique comment il devient possible de pratiquer des ponctions par voie vaginale sans s'égarer à droite et à gauche dans la cavité péritonéale, et la qualité du pus explique pourquoi le liquide montre si peu de tendance à se reproduire.

Une ponction aseptique est un traumatisme anodin. Il m'est arrivé de ponctionner sans résultat jusqu'à trois reprises avant d'arriver dans le foyer : je n'ai jamais eu d'accident.

Dans le début j'ai vu plus fréquemment que maintenant la reproduction du liquide. Cela tenait, comme j'ai pu m'en convaincre ultérieurement, à ce que je croyais avoir évacué tout le pus, alors que je n'avais ponctionné qu'un diverticule ou une poche, en laissant d'autres intactes. Depuis que je suis averti et que j'explore mieux, ou bien je fais toutes les ponctions d'emblée ou bien je les réserve pour une autre séance; mais je n'attribue plus à la reproduction du pus, l'omission de poches déjà existantes lors de la première ponction.

J'arrive maintenant à la technique opératoire. Même désinfection que s'il s'agissait d'une hystérectomie ou d'une laparotomie.

La malade étant dans la position sacro-dorsale, je me place sur le côté que je vais ponctionner et je fais passer sa jambe par dessus ma tête, de façon que cette jambe repose sur mon épaule et que le torse et le bassin s'inclinent du côté opposé. Je signale ce décubitus parce qu'il dégage mieux qu'aucun autre la région à explorer.

La respiration étant tranquille et bien rythmée, la main externe descend en dedans de l'aile du bassin, en même temps que deux doigts de la main qui touche, remontent le long des plans de la symphyse sacro-iliaque. Les deux mains finissent par se sentir l'une l'autre, enserrant entre elles tout ce qui peut se trouver dans les annexes. Alors commence la palpation minutieuse qui permettra de découvrir la région fluctuante. Une fois qu'elle est découverte, je fais placer la main de mon assistant sous ma main extérieure et je renouvelle les pressions jusqu'à ce que j'aie à travers sa main, la sensation que j'enserre bien la tuméfaction d'une façon bipolaire. Alors mon

assistant continue seul la pression et prend à son tour la jambe de la malade sur son épaule.

Sans quitter de la main qui touche le point précis où je vais ponctionner, je me place devant la malade, et saisissant le trocart, je le plonge dans la tuméfaction, en visant le point où appuient les doigts de mon aide.

Pendant l'écoulement du liquide, on continue les pressions pour en amener l'expulsion complète. Nous profitons aussi de ce moment pour ensemencer des tubes à culture qui nous renseigneront sur le degré de virulence du liquide.

Si je ne vois pas sortir de liquide, je vérifie si le trocart a bien pris la bonne direction, pour ponctionner un autre point, quand j'ai des raisons de croire que j'ai manqué le but.

Il est évident qu'on peut passer deux ou trois fois à côté de la poche, car ces collections sont souvent fort petites, surtout lorsqu'elles sont multiples. Les difficultés techniques sont certainement plus grandes que si les collections étaient superficielles et toujours uniques; mais ces difficultés sont loin de pouvoir arrêter un gynécologiste familiarisé avec la palpation bimanuelle.

Si, au bout de dix à quinze jours, le liquide s'est reproduit, je ponctionne à nouveau, mais cette fois, l'évacuation étant achevée, j'injecte, à plusieurs reprises, 5 à 10 centimètres cubes de solution de sublimé à 1/1000 dans la poche, en la malaxant, de façon à en bien mettre les parois en contact avec le liquide antiseptique.

Si le liquide se reproduit une troisième ou une quatrième fois, j'ai recours à l'incision et au tamponnement de la poche avec la gaze iodoformée.

Je me sers pour cela d'un couteau semblable à l'urétrotome, terminé sur le côté opposé à la lame par un petit anneau ouvert qui s'adapte sur le trocart. Dès que le pus s'écoule, je ferme le robinet du trocart, et découvrant le champ opératoire avec des écarteurs, l'utérus étant fixé par une pince, je fais glisser le couteau sur le trocart jusque dans le sac. Il va sans dire qu'il faut diriger la lame de façon à épargner la région des vaisseaux ou tous autres points où l'on a constaté des pulsations.

Sur mes dix-huit cas, je n'en ai eu que trois dans lesquels j'ai dû avoir recours à l'incision et au drainage et ils ont guéri comme les autres.

On a accusé la ponction des pyo-salpingites d'être une opération aveugle. Elle ne l'est pas pour ceux qui ne sont pas terrorisés par une crainte toute théorique et pour ceux qui ont l'habitude de ce genre de manœuvres.

Du reste, personne ne se dissimulera qu'il faut aussi faire beaucoup de choses à tâtons dans le cours d'une laparotomie ou d'une hystérectomie pratiquée dans un cas de suppuration pelvienne. Ni l'une ni l'autre ne permettent des opérations à découvert et bien réglées.

Concurremment avec la partie opératoire du traitement, j'ai également employé la médication antiphlogistique et résolutive, le massage, par exemple, mais je n'attribue à ces moyens qu'un rôle accessoire.

A propos de ces moyens accessoires, je dirai, d'accord avec l'honorable rapporteur, que je ne crois pas au drainage utérin par le tamponnement pour vider des collections purulentes des trompes.

Personne ne pouvait être mieux disposé que moi à étendre les applications de la méthode de dilatation par le tamponnement. J'ai donc voulu imiter Doléris et n'ai réussi qu'à rallumer parfois de vieux foyers inflammatoires. A mon avis, cette thérapeutique n'est ni prudente, ni efficace et je continue à croire qu'il ne faut pas taquiner un utérus, dans les annexes duquel il se trouve du pus.

En présence des résultats excellents, confirmatifs de ceux de Landau, que m'a donnés depuis deux ans cette méthode, qui n'exige aucun sacrifice inutile des organes pelviens, je dirai, contrairement au rapporteur, et en retournant une de ses phrases :

« Si l'hystérectomie et la laparotomie doivent rester limitées dans leurs applications à des cas exceptionnels, il en est tout autrement pour la méthode d'évacuation simple, qui constitue dans la majorité des cas, le traitement de choix des suppurations pelviennes ».

Rouffart (Bruxelles). — J'ai été, comme le savant rapporteur le rappelait dans son brillant exposé, un des partisans de la première heure du morcellement utérin et, depuis un an et demi que je pratique cette opération, ma confiance en elle n'a fait qu'augmenter.

Les communications qui viennent d'êtres faites à ce Congrès ont fortifié encore ma conviction : j'estime très haut la valeur de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des cas graves de suppurations péri-utérines bilatérales.

Cette formule « suppurations péri-utérines bilatérales graves » renferme, à mon sens, les indications de la castration utérine. Pour intervenir par le morcellement, il faut que les lésions soient suppuratives, que le pus ait manifesté indiscutablement sa présence, il faut que les lésions soient bilatérales, enfin que l'affection se soit révélée à nous par des accidents graves.

Je puis dire que l'indication ainsi posée écarte d'emblée la dilatation

et le curettage, l'incision simple, et même l'opération de Laroyenne. Je ne parle pas de la périnéotomie : cette opération n'étant pas encore entrée dans la pratique, notre opinion doit être réservée. Quant à la ponction, telle que la pratiquent Landau et Vuillet, je la rejette absolument : je préfère une ouverture large, qui me permet d'agir en connaissance de cause, à une ponction toujours aveugle, quels que soient les artifices que l'on emploie dans l'opération. Si ma manière de voir est aussi formelle contre l'intervention préconisée dans ce Congrès par Vuillet, je reconnais cependant que le curettage et la dilatation, la simple incision, et même l'opération de Laroyenne peuvent rendre des services. Lorsqu'on a en traitement une malade atteinte d'un abcès qui vient faire saillie dans le vagin, il est de toute évidence que personne ne lui proposera l'hystérectomie, qu'une simple incision pourra la guérir, et que ce sera, dans tous les cas, la première intervention à tenter. De même, le curettage utérin sera employé comme traitement préventif des suppurations.

Si j'insiste sur ce point, c'est pour bien montrer que nous aussi nous savons faire et nous faisons de la chirurgie conservatrice, nous dilatons et nous drainons l'utérus, nous faisons le curettage, et c'est dans les cas graves où ce traitement ne peut rien nous donner, ou ne nous a rien donné, que nous avons recours au morcellement utérin. En d'autres termes encore, en présence d'une collection purulente qu'il y a quelque temps tous les chirurgiens auraient traitée par la laparotomie, ce n'est plus à cette intervention que j'ai recours mais bien à l'hystérectomie vaginale, que la poche suppurée, soit énucléable ou non.

Pour juger de la gravité opératoire je passerai rapidement en revue ma statistique, mes observations détaillées ne pouvant trouver place dans cette discussion.

J'ai pratiqué vingt et une fois le morcellement et je comprends dans ce chiffre le cas d'une malade qui était atteinte d'hématocèle rétro-utérine suppurée, à qui j'ai incisé le cul-de-sac de Douglas et qui est morte sous le chloroforme. Cette malade était entrée in-extremis à l'hôpital et j'avais porté le diagnostic d'abcès pelvien ; je me disposais à pratiquer le morcellement utérin mais trouvant à l'incision du cul-de-sac postérieur une poche remplie de caillots de sang en décomposition et de pus, je vidai cette poche. — La malade était tellement épuisée qu'elle mourut sur la table d'opération.

Ce décès ne doit pas être imputé à la méthode puisque l'hystérectomie ne devait pas être et n'a pas été continuée, et si j'en fais mention ici, c'est parce que ce décès a été signalé comme se rapportant au morcellement utérin.

Dans les vingt cas où le morcellement a été réellement effectué, je n'ai pas eu de décès. Au cours de l'opération j'ai fait dans le premier cas une fistule intestinale qui, le quinzième jour, était guérie. Enfin dans mon septième morcellement, j'ai blessé un uretère. La néphrectomie a dû être faite et la malade est aujourd'hui complètement rétablie.

C'est à cela que se bornent les accidents qui me sont arrivés au cours des vingt hystérectomies que j'ai faites par le procédé Péan-Segond et je ferai remarquer que dans tous les cas traités par cette méthode, j'avais à donner mes soins à des malades dont l'état était fort grave. Tout d'abord, j'ai eu parmi eux trois cas de suppuration pelvienne antérieurement traités par la laparotomie. La première de ces malades a subi en une seule séance la laparotomie et la castration utérine. C'était une femme affaiblie par des poussées de pelvi-péritonite, qui, au moment où je fus appelé près d'elle, présentait des phénomènes fébriles intenses. Une vaste collection remplissait le cul-de-sac de Douglas et remontait jusque vers l'ombilic. Je pratiquai sans succès la laparotomie, ne pouvant dégager la poche purulente : tous les intestins y adhéraient; alors, je mis la femme dans la position de la taille et je pratiquai l'hystérectomie. L'opération réussit parfaitement et la malade est aujourd'hui complètement guérie. La deuxième malade se présentait dans des conditions analogues, mais après une laparotomie infructueuse, je remis à une autre séance l'hystérectomie qui eut lieu quinze jours après la première intervention; la guérison fut aussi le résultat de ce traitement. Enfin, la troisième malade avait subi une laparotomie exécutée par un de nos plus habiles chirurgiens, mais les adhérences des organes étaient tellement intimes qu'un ovaire et une trompe avaient été laissés en place et la malade n'avait pas cessé de souffrir; après un an et demi de traitement, je lui fis le morcellement et elle guérit.

Les dix-sept autres cas présentèrent des lésions suppuratives graves avec des adhérences étendues et je n'ai pu faire que cinq fois l'ablation totale des annexes; dans les autres cas, j'ai dû me contenter d'ouvrir les abcès et de laisser les poches purulentes s'atrophier peu à peu. D'ailleurs, c'est dans ces cas surtout que l'on obtient des succès dont la valeur est d'autant plus grande qu'aucune autre méthode n'en donne de comparables. Une de ces malades se trouve encore en ce moment dans les salles de l'hôpital Saint-Jean; après avoir enlevé son utérus, ouvert une poche purulente à droite, je pus, en attirant cette poche, la détacher complètement de l'intestin et l'énucléer. L'autre côté présenta plus de difficultés : à l'ouverture de l'abcès, il s'échappa des

gaz et un pus répandant une odeur nauséabonde. En attirant cette poche au fond du vagin, je pus facilement constater une adhérence large et intime avec le rectum et je dus renoncer à l'extirper ; je la laissai donc dans le vagin ; elle vint se placer entre les pinces qui, de chaque côté, faisaient l'hémostase des ligaments larges. La malade est aujourd'hui parfaitement guérie.

Toutes les malades que j'ai opérées par ce procédé portaient des foyers purulents volumineux et multiples, ayant déterminé des accidents répétés de péritonite ; toutes portaient des lésions bilatérales et, malgré la gravité de ces lésions, l'opération de Péan-Segond m'a donné les meilleurs résultats.

Quant au manuel opératoire, je n'ai rien changé à ce que Péan et Segond ont établi. Je me suis parfois servi, pour énucléer l'utérus, d'une longue rugine et cet instrument m'a rendu quelques services : c'est bien énucléer l'utérus qu'il faut faire comme on extrairait un corps étranger plongé dans les tissus, comme on dénude un os de son périoste.

J'étais peut-être préparé spécialement à cette opération par les nombreuses hystérectomies vaginales que j'ai pratiquées pour cancer et pour fibrôme, j'ai peut-être eu ce que nous appelons une série de cas heureux ; toujours est-il que mes résultats m'ont pleinement satisfait et que le manuel opératoire ne m'a pas paru plus difficile que celui de bien des laparotomies. Pour moi, il me paraît plus facile de bien voir ce que je fais au fond de la cavité vaginale, aidé par des chirurgiens au courant de l'opération et servi par une bonne instrumentation, que d'aller dans la profondeur du petit bassin détacher des adhérences, quelle que soit la position que l'on donne à la malade.

Parmi les vingt et une malades que j'ai opérées de morcellement, il y a trois cas où la supériorité de l'hystérectomie sur la laparotomie est bien évidente, puisque chez ces malades cette dernière opération a été tentée ou faite sans succès et qu'il a fallu ensuite recourir au morcellement. C'est donc là une ressource suprême dans des cas où la laparotomie échoue : j'ai brièvement parlé de ces trois malades, je n'y reviendrai pas. Ma pratique, qui ne s'adresse qu'à des cas d'une grande difficulté m'a donc montré que le morcellement est une opération d'une gravité moindre que la laparotomie dans les cas où j'ai appliqué ce procédé. En second lieu elle m'a réussi où l'insuffisance de la laparotomie m'est démontrée. Cela justifierait déjà mon opinion sur la valeur de l'hystérectomie, mais ce qui établit d'une façon indiscutable la supériorité de l'hystérectomie par morcellement sur la laparotomie, c'est la persistance des résultats obtenus. Après les nom-

breuses laparotomies que j'ai faites, il m'est arrivé assez fréquemment d'observer que les douleurs continuaient. Jusqu'à présent, je n'ai pas observé les mêmes récidives douloureuses chez les hystérectomisées.

Je me résume : dans les cas graves de suppurations pelviennes qui ne sont plus justiciables que de la laparotomie ou de l'hystérectomie, j'estime que cette dernière est supérieure à l'ouverture du ventre, à cause de sa gravité opératoire moindre, à cause de sa supériorité thérapeutique donnant des guérisons durables, enfin, à cause de la généralisation de ce procédé à des cas où la laparotomie est impuissante.

Tournay (Bruxelles).—Messieurs, afin que la discussion provoquée au sein de cette brillante assemblée sur la question des suppurations pelviennes porte ses fruits, il m'a paru utile que chaque chirurgien apportât des faits à l'appui de sa manière de voir, qu'ils confirment ou contredisent les idées émises par l'honorable rapporteur, M. Segond.

Je déclare tout d'abord que je suis un nouvel adepte de l'hystérectomie par morcellement dans certains cas de suppurations pelviennes.

Les succès constants obtenus dans mes laparatomies m'avaient, pendant un certain temps, fait douter de l'efficacité de cette opération, où le chirurgien me paraissait peu à l'aise.

Mais je me suis converti en présence de la brutalité des faits, en présence des brillants résultats obtenus par l'éminent professeur Péan, le père de la méthode, et par le distingué rapporteur M. Segond, qui, à la séance de ce matin, avec la modestie qui le caractérise, s'est appelé l'imitateur servile du grand maître.

J'ai pratiqué des hystérectomies par morcellement, sans cependant en avoir jamais vu pratiquer; mes premiers essais, jusqu'à présent peu nombreux, ont été couronnés du plus grand succès.

Ne croyez pas cependant, Messieurs, qu'à l'exemple de la plupart des néophytes, je sois devenu assez enthousiaste de la nouvelle méthode, pour abandonner complètement la méthode ancienne ; je ne suis pas un ingrat.

A mon avis, la bilatéralité des lésions ovaro-salpingiennes et leur incurabilité médicale ne me paraissent pas motiver suffisamment l'hystérectomie comme opération de choix. Il est des circonstances où les lésions sont telles que l'hystérectomie entraînerait une terminaison fatale, alors que la laparotomie donne d'excellents résultats.

C'est en grande partie pour relater un cas de ce genre que j'ai l'honneur de prendre la parole dans cette assemblée.

Madame Van W...., demeurant rue de la Colline, à Bruxelles,

réclame mes soins le 26 décembre 1891. Elle est accouchée depuis un mois et présente tous les symptômes de la métro-péritonite. Les douleurs sont très vives, le ventre est ballonné, les lochies peu abondantes sont fétides, le pouls est à 130 et la t° à 40°. Au toucher, le col de l'utérus est pour ainsi dire effacé, les culs-de-sac vaginaux ont disparu, et si l'on pratique le palper combiné, on sent que l'utérus est comme enclavé dans un exsudat remplissant l'excavation pelvienne.

Après quelques semaines d'un traitement *ad hoc*, nous obtenons une résolution incomplète de l'exsudat à droite; à gauche on sent manifestement une tumeur volumineuse, plongeant dans le bassin, dépassant le pubis de quatre travers de doigt et douée d'une certaine mobilité; l'utérus est refoulé à droite et en arrière.

Il s'agissait évidemment là de suppuration pelvienne, que l'abcès appartînt à la trompe ou au ligament large.

Que faire en cette occurrence? Pratiquer la laparotomie ou l'hystérectomie par morcellement?

En présence de la mobilité de la tumeur et de ses limites précises, je penchai pour la première opération que je pratiquai le 20 janvier 1892.

L'épiploon, adhérent à l'arc antérieur du bassin, est sectionné entre deux rangées de ligatures au catgut; les anses intestinales agglomérées sont séparées une à une jusqu'à ce que je puisse percevoir l'utérus et ses annexes. Arrivé là, des difficultés surgissent, me paraissant à tel point insurmontables que j'hésitai à continuer l'opération. L'intestin est tellement adhérent à ces organes, surtout à gauche, que je n'ose espérer sa séparation.

J'essaie cependant et j'y parviens complétement à droite sans aucun accident; il n'en est pas de même au centre et à gauche, bien que ces adhérences soient de date récente. L'ovaire et la trompe gauches, bien qu'augmentés de volume et congestionnés, sont laissés en place. — En détachant avec les plus grandes précautions et à l'aide des doigts une anse intestinale de la face antérieure de l'utérus, un morceau de celui-ci est détaché; une hémorragie importante se produit. Je place sans tarder un catgut, mais en le ligaturant, il passe à travers le tissu utérin qui est d'une friabilité excessive; un second fil a le même sort. Une troisième ligature, faite avec du catgut plus fort et embrassant une plus grande quantité de tissu, permet de fermer la plaie béante et d'arrêter l'écoulement du sang.

Du côté gauche, les intestins sont complétement adhérents à la trompe, à l'ovaire et à la paroi de l'excavation; ils forment avec eux et l'épiploon cette masse volumineuse que j'avais prise pour une

tumeur, ou plutôt pour une poche suppurée; M. le professeur Sacré avait confirmé mon diagnostic.

En détachant l'intestin, je le déchire à deux reprises différentes; la déchirure atteint les tuniques séreuse et musculaire; je place des sutures avec du catgut n° 1.

L'intestin est enfin libéré, non sans avoir ouvert plusieurs des petits abcès dont le tissu péri-salpingien est farci.

Dans mes efforts pour isoler la trompe, celle-ci se sépare brusquement de l'utérus, entraînant avec elle une certaine quantité de tissu utérin; je ferme la plaie à l'aide d'une suture faite avec du gros catgut, de l'extra-starck et de plusieurs autres sutures faites avec du catgut moins gros; l'hémorragie s'arrête. Deux longues pinces coudées sont placées sous la trompe et sous l'ovaire; celle qui est placée du côté de la paroi de l'excavation, est laissée à demeure, après que j'eus enlevé ces deux organes avec la masse des petits abcès qui l'entourent.

La paroi abdominale est refermée par une suture à étages, sauf au point de sortie de la pince entourée de gaze iodoformée.

L'opération avait duré deux heures et demie. — Mes confrères Boulangier, Derechter et Devos m'avaient prêté leur concours intelligent.

La pince est retirée le cinquième jour et remplacée par une mêche de gaze iodoformée; des irrigations antiseptiques et des pansements sont faits journellement, sans qu'on puisse noter la moindre élévation de température.

Un mois après la malade était complétement guérie et la menstruation réapparaissait. Cette femme peut donc redevenir mère.

Je dois à l'obligeance de mon confrère et excellent ami, le docteur Derechter, une étude microscopique de la trompe et de l'ovaire enlevés. Je la joins à ma communication : « Epaississement considérable des parois de la trompe, infiltration des tuniques muqueuse, musculaire et séreuse par les leucocytes formant de ci de là de petites collections purulentes; les plus volumineuses, atteignant le volume d'une aveline, se trouvent sous la séreuse. Les papilles de la muqueuse sont hypertrophiées, mais dans la lumière de l'organe ne se rencontre aucun produit pathologique. Il s'agit d'une lésion que nous qualifierons de *salpingite parenchymateuse suppurée avec péri-salpingite.* — L'examen microscopique de l'ovaire a permis de constater l'existence d'un abcès volumineux ayant refoulé à la périphérie ce qui restait du tissu de l'organe ».

Cette observation est instructive à divers point de vue. La friabi-

lité excessive du tissu utérin eût rendu difficile, si pas impossible, l'hystérectomie par morcellement, et eût offert les plus grands dangers de perforation, si un curettage eût dû être pratiqué avec une curette tranchante. En outre, les abcès multiples entourant la trompe n'eussent pu être atteints par l'hystérectomie, et la moindre tentative de décollement des intestins eût abouti à la déchirure de ceux-ci, sans qu'on pût y porter remède.

En résumé, la laparotomie a guéri cette malade qu'une hystérectomie n'eût pas sauvée.

Ne croyez pas, Messieurs, qu'en publiant cette observation j'aie voulu jeter une note discordante dans le concert de louanges qu'a provoqué l'hystérectomie par morcellement ; cette opération constitue à mes yeux une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne ; mais, à mon avis, elle doit être une opération de nécessité et non de choix.

Permettez-moi de vous donner encore le résumé d'une observation qui me paraît intéressante, à plus d'un titre.

Madame B...., demeurant rue de Ligne, à Bruxelles, réclame mes soins le 10 juin 1892. Depuis plus de quatre ans elle est atteinte de métrorrhagies qui ont fortement ébranlé sa santé ; elle a jusqu'à présent été traitée pour un catarrhe utérin. Je constate qu'elle est atteinte d'un fibrôme volumineux et je l'engage à se soumettre à bref délai à une opération. Quinze jours plus tard, alors qu'elle était décidée à se laisser opérer, je suis appelé chez elle en toute hâte ; une péritonite s'était déclarée avec tout son cortège de symptômes menaçants.

Fallait-il attendre la guérison de cette affection pour pratiquer l'opération ?

La péritonite était-elle une contre-indication à l'opération, comme c'est généralement admis ?

Je jugeai le cas trop grave pour temporiser, et le lendemain, 26 juin, je pratiquai la laparotomie, espérant pouvoir extraire le fibrôme par la voie abdominale. Je trouvai de nombreuses adhérences de l'intestin, les unes anciennes, les autres récentes ; elle avait eu plusieurs poussées péritonitiques, mais moins fortes que celle-ci.

L'excavation pelvienne contenait du pus en assez grande abondance.

Après avoir détaché les adhérences de l'intestin et lavé à l'eau stérilisée la cavité abdominale, je me trouvai devant l'impossibilité d'enlever le fibrôme par la voie abdominale ; il se trouvait complétement immobilisé, comme incrusté, dans l'excavation pelvienne.

Je plaçai provisoirement des pinces de Museux sur la paroi abdominale et je pratiquai l'hystérectomie par morcellement, m'aidant de l'ouverture abdominale pour placer mes dernières pinces de chaque côté sur les ligaments larges.

Je drainai ensuite avec de la gaze iodoformée. Trois semaines après la malade était guérie.

J'en conclus qu'une poussée aiguë de péritonite, loin de constituer une contre-indication opératoire, est plutôt une indication.

F. Fraipont (Liége). — La question du traitement des suppurations pelviennes, soumise aux discussions du Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique, demanderait, pour être élucidée complètement, l'étude préalable et approfondie de ces suppurations elles-mêmes. Malheureusement, il s'en faut de beaucoup que nous soyons complètement édifiés là-dessus et les travaux les plus récents, tels, par exemple, que les consciencieuses recherches de *Delbet* laissent encore beaucoup de doute dans notre esprit. Le diagnostic de la suppuration péri-utérine est, dans nombre de cas, hérissé de beaucoup de difficultés; tout au moins ne peut-on se prononcer sur la question de savoir s'il y a une poche plus ou moins volumineuse remplie de pus ou si celui-ci est simplement réuni dans une grande quantité d'alvéoles toutes séparées les unes des autres. Si on met de côté les cas, à la vérité assez rares, où une tumeur plus ou moins volumineuse, élastique, fluctuante, douloureuse, siégeant sur les côtés ou en arrière de la matrice, vient, pour ainsi dire, s'offrir d'elle-même au bistouri du chirurgien dans le vagin où à la paroi abdominale; ou bien ceux où la malade, dont les annexes sont entreprises, est en proie à une fièvre hectique que rien ne peut abattre, que d'autres en revanche, et ceux-là les plus nombreux, il faut bien le reconnaître, où, comme le dit *Doléris* : « les signes physiques, pas plus que les » signes réactionnels, ne donnent absolument la clef de la nature de » la lésion » !

J'ajouterai qu'il est souvent plus difficile encore de se prononcer sur le siège de cette lésion. S'il en est ainsi, quoi d'étonnant que la thérapeutique se ressente de cette incertitude du diagnostic et qu'on soit souvent embarrassé, quant à la question de savoir s'il faut ou non intervenir chirurgicalement, et quel est le mode d'intervention qui convient le mieux! On a beau dire que quand il y a du pus, on doit l'évacuer, encore faut-il savoir s'il y a du pus, et si ce pus n'est pas infiltré dans les mailles du tissu cellulaire du bassin ou entre les

fausses membranes d'une pelvi-péritonite, au lieu d'être accumulé dans une poche susceptible d'être vidée ou enlevée.

Il est un point acquis pourtant, c'est que les inflammations aiguës ou chroniques péri-utérines, qu'elles siègent dans les trompes et les ovaires, dans le péritoine pelvien ou dans l'épaisseur des ligaments larges, ont pour point de départ une inflammation aiguë ou chronique de nature infectieuse implantée tout d'abord dans l'utérus, quelquefois dans le vagin. C'est-à-dire que les affections des annexes sont solidaires de celles de la matrice, pour employer un mot de Le Dentu, que l'honorable rapporteur a fait sien et qui est admis par l'immense majorité des gynécologues.

De là, la nécessité d'agir au préalable sur la lésion initiale, sur celle qui a causé et qui *entretient* l'annexite, laquelle semble toujours dominer la scène et, sous ce rapport, il faut bien le dire, nous avons fait un pas immense sur nos devanciers, qui se bornaient, dans ces cas, à une *expectation systématique ou résignée.*

Nous faisons de l'intervention rationnelle en pratiquant l'antisepsie du vagin et de la matrice, en dilatant l'utérus et en le maintenant ouvert pour donner un libre écoulement aux sécrétions dont la stagnation favorise de continuelles réinfections par les trompes et les lymphatiques, en pratiquant l'abrasion de la muqueuse trop malade pour subir l'action des antiseptiques et des modificateurs qu'on met en contact avec elle, en réséquant le col trop volumineux ou déformé, en le restaurant quand il est le siège d'une lacération étendue, sans oublier toutefois le repos des organes et tous les autres moyens, résolutifs, indirects, locaux ou généraux qui sont énumérés dans tous les traités de gynécologie et dont l'efficacité n'est pas à dédaigner.

Je ne recommencerai pas ici le travail que *Doléris* a si bien fait dans les derniers numéros des *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, quoique en reprenant mes observations d'inflammation des annexes de la matrice depuis dix ans, je pourrais démontrer comme lui, pièces en mains, qu'on peut arriver, dans la grande majorité des cas, à des résultats excellents, sans enlèvement d'organes et sans mutilation de la femme. Ce n'est pas seulement la disparition complète d'exsudats pelviens volumineux et des douleurs qui les accompagnaient que j'ai observée, mais j'ai vu plus d'une fois se rétablir la fonction de la génération et cela dans des conditions où on aurait pu la croire perdue à tout jamais.

Je possède notamment plusieurs observations de malades chez lesquelles, à la suite d'une fausse couche négligée, s'est développée une pelvi-péritonite avec exsudat volumineux, enveloppant tout

l'utérus. Cet exsudat s'était produit dans certains cas avec grand fracas, frisson, forte élévation de température, douleurs violentes dans le bas-ventre, etc.; dans d'autres, d'une façon insidieuse et sans grande ascension thermique. Il y avait eu chaque fois endométrite septique, puerpérale et propagative par les trompes et les lymphatiques au péritoine pelvien, et au tissu cellulaire du petit bassin. La résorption de ces tumeurs inflammatoires s'est faite, dans certains cas, rapidement et après évacuation du pus par le rectum, avant qu'on eût pu trouver ce pus collecté en un endroit déterminé; dans d'autres cas, avec beaucoup de lenteur et sans que le pus se soit fait jour quelque part. Après la disparition de l'exsudat, l'utérus est resté fixé dans des positions anormales et le plus souvent en rétroversion. Plus d'une fois je sentais l'un ou l'autre ovaire prolabé à côté du fond de la matrice, fixé lui aussi en un endroit insolite, gonflé, douloureux à la pression et dans son voisinage souvent une trompe flexueuse, augmentée de volume et sûrement malade. Malgré tout cela plusieurs de ces malades sont devenues enceintes, et, avec beaucoup de précautions, je le reconnais, dans les premiers temps, ont su éviter une fausse couche. La matrice est libérée de ses adhérences avec le péritoine de l'espace de Douglas, et il a suffi de surveiller attentivement les suites de couches, parfois de faire porter un pessaire de Hodge pendant quelques semaines après l'accouchement, pour éviter le retour de la matrice à une position anormale, et voir se produire le rétablissement intégral des organes du petit bassin.

Je souscris pour ma part entièrement à ces préceptes démontrés par Doléris que l'on peut observer la disparition rapide et spontanée de tumeurs pelviennes dues à des exsudats séreux ou sous-séreux; que la salpingite même de nature blennorrhagique, nettement développée, volumineuse, bilatérale, de longue durée, après plusieurs récidives peut disparaître entièrement et sans produire le moindre trouble ultérieur; que la possibilité du fonctionnement de l'oviducte, après une ou plusieurs atteintes d'inflammation catarrhale, même avec des déformations marquées et des sur-distensions des parois de l'organe n'a rien de contraire au raisonnement. Cette guérison, ajoute *Doléris*, devrait être la règle si la thérapeutique était conduite avec rigueur et ténacité, à partir du moment où des signes d'infection apparaissent dans l'appareil génital.

Je me suis fait une règle d'employer toujours ce que M. le rapporteur appelle la *médication indirecte* dans n'importe quelle espèce d'inflammation péri-utérine, aiguë ou chronique, récente ou ancienne, uni ou bilatérale, peu étendue ou considérable, simple ou compliquée.

Je n'ai jamais eu à m'en repentir, car, pas une seule fois il ne s'est produit une aggravation de la maladie existante.

J'ai toujours eu, au contraire, à m'en louer et ce qui le prouve, c'est le nombre restreint d'extirpations d'annexes que j'ai eu à pratiquer, bien que le nombre des malades que j'ai traitées soit très considérable.

Certes, on ne doit pas s'attendre à réussir toujours ni surtout à voir les lésions s'améliorer rapidement et disparaître complètement. Il faut de la part du gynécologue beaucoup de patience et de ténacité ; il doit savoir varier la thérapeutique suivant chaque cas particulier et connaître parfaitement toutes les ressources dont il dispose. De la part de la malade, il faut aussi beaucoup de docilité pendant tout le cours du traitement. Mais j'estime qu'avant de se résoudre à mutiler une femme en lui réséquant les annexes malades ou en lui enlevant la matrice, on doit avoir acquis la certitude que le mal dont elle souffre ne peut être guéri d'aucune autre façon et que ce mal lui-même est incompatible avec la vie ou bien rend l'existence tout à fait insupportable. Alors, mais alors seulement on sera autorisé à recourir aux moyens extrêmes. Il n'est pas douteux, pour employer les termes mêmes de M. le rapporteur, qu'en sachant bien manier la méthode préventive, on pourrait diminuer de beaucoup le nombre des cas justiciables des grandes opérations.

D'après ce que j'ai observé, l'échec avec l'emploi des méthodes indirectes n'est jamais complet, c'est-à-dire qu'il y a toujours un bénéfice à retirer d'y avoir recours. Quand on a fait convenablement de l'antisepsie vaginale et utérine, les microbes qui ont pénétré dans les trompes ou dans les lymphatiques utérins ou péri-utérins ne recevant plus de nouveaux apports du dehors, succombent ou perdent considérablement de leur virulence.

Les lésions irritatives qu'ils avaient provoquées dans le voisinage des cavités où ils s'étaient accumulés disparaissent ou s'atténuent.

C'est ainsi qu'on voit disparaître en tout ou en partie les exsudats péritonéaux qui entouraient ces poches purulentes ou autres. Dès lors, leur extirpation par la voie abdominale devient chose plus aisée.

Je possède à ce sujet, des observations qui m'ont donné beaucoup à réfléchir et qui ont été pour moi pleines d'enseignements.

Il y a un an et demi, je fis entrer dans mon service deux femmes qui toutes deux, à la suite d'une fausse couche, avaient été atteintes d'une inflammation péri-utérine extrêmement intense. Chez toutes deux l'utérus était refoulé contre la paroi latérale droite du petit bassin et l'espace de Douglas ainsi que la moitié latérale gauche

du bassin étaient remplis par une masse demi-dure, très sensible au toucher, adhérente de partout, que l'on sentait à travers la paroi abdominale jusque quatre travers de doigt au dessus du ligament de Poupart. L'une avait été soignée à ma policlinique pendant plusieurs mois sans grands changements : l'autre soignée près d'une année par un médecin étranger. La première avait de temps en temps de petits mouvements fiévreux : la seconde avait depuis plusieurs semaines des températures vespérales de 38°5 et de 39°.

Chez toutes deux je fis la laparotomie pour tenter l'extirpation des annexes malades, mais je dus refermer l'abdomen après m'être convaincu de l'impossibilité de décortiquer les poches que je croyais purulentes. Je fis un lavage assez long du péritoine avec la solution physiologique de chlorure sodique.

Si on avait parlé davantage à cette époque de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes, j'aurais pu être amené à pratiquer cette opération, car le traitement indirect paraissait avoir échoué, les lésions étaient graves et je pouvais les croire bilatérales en raison du volume de la tumeur pelvienne.

Quelques jours après, comme les malades avaient bien supporté la laparotomie, je recommençai le traitement antiseptique utérin et maintenant dans de meilleures conditions, puisque ces deux malades occupaient un lit dans mon service. Je ne fus pas peu surpris de voir chez chacune d'elle la masse énorme qui remplissait presque tout le bassin, disparaître peu à peu et cette fois-ci assez rapidement.

Quelques semaines après il ne restait plus chez mes deux malades que deux petites tumeurs du volume d'un gros œuf, situées assez haut près du fond de la matrice qui avait repris sa position au centre du bassin. Chez l'une des femmes, celle qui avait chaque soir une fièvre assez intense, la tumeur était indolore : l'état général s'était amélioré considérablement et la fièvre avait totalement disparu. Je ne pus décider cette femme à subir encore une opération.

Chez l'autre la tumeur était douloureuse spontanément et à la pression. On se décida alors à opérer et on enleva très facilement cette fois-ci, après avoir détaché avec le doigt quelques adhérences péritonéales, l'ovaire gauche parsemé de quelques petits kystes séreux et la trompe gauche dont l'orifice abdominal était fermé et qui était légèrement distendue par un liquide un peu jaunâtre, assez épais et peu abondant.

Ces observations me reviennent souvent à la mémoire quand je lis la relation des extirpations de matrice pratiquées pour suppuration pelvienne et je me demande si, avec plus de patience et de tenacité

on ne serait pas arrivé à épargner quelques-unes de ces opérations qui deviennent dès lors des mutilations inutiles.

Quand l'échec des méthodes indirectes est certain il faut évidemment se résoudre aux grands moyens. Mais ici encore on doit se rappeler que la véritable chirurgie doit être aussi conservatrice que possible. Enlevons ce qui est malade et qui ne peut guérir : respectons ce qui est sain ou ce qui est susceptible de le redevenir.

La laparotomie aura toujours sur l'hystérectomie vaginale, quoiqu'en dise M. le rapporteur, l'immense avantage qu'elle permet de voir ce que l'on fait, de bien juger de l'état des organes du petit bassin, de permettre l'enlèvement de la trompe et de l'ovaire malade et la conservation de la trompe et de l'ovaire sain, et qui peut affirmer, même dans les cas en apparence les plus mauvais, que la bilatéralité des lésions existe, ou qu'elles sont incurables des deux côtés à la fois ! qui peut affirmer que les trompes et les ovaires sont malades! l'infiltration ou la collection purulente ne peut-elle donc pas exister dans le tissu cellulaire du petit bassin sur les côtés ou sur le pourtour de la matrice?

Dans les cas de lésions, dûment limitées à un côté, je ne sache pas qu'aucun chirurgien ferait jamais école en recommandant l'extirpation de la matrice pour permettre l'évacuation du pus par le vagin, même lorsque la poche ne serait pas énucléable par la voie abdominale.

Dans les cas de lésions bilatérales ou bien on sent sur ces deux côtés de la matrice deux tumeurs plus ou moins volumineuses, plus ou moins adhérentes, mais assez éloignées du vagin. Ici encore j'estime qu'il faut recourir à la laparotomie, qui en permettra bien l'enlèvement et qui du moins donnera au chirurgien la possibilité de conserver un peu de tissu ovarien si l'ovaire n'est pas trop altéré et de laisser encore à la femme l'illusion qu'elle n'est pas stérile si on a même dû enlever ces deux trompes. La considération qu'on tire de la présence ou de l'absence d'une cicatrice abdominale me paraît bien secondaire quand il s'agit d'une question de cette importance.

Enfin s'il s'agit d'un de ces cas complexes, heureusement rares, de pyo-salpinx ou d'ovaro-salpinx compliqués de pelvi-péritonite, de suppurations secondaires du tissu cellulaire, avec ou sans fistule, suivant la définition de Bonnet, je crois que la grande majorité des gynécologues sera d'avis de pratiquer de longues incisions vaginales suivant la méthode de *Laroyenne* ou de *Vuillet*.

Que ce procédé échoue, alors, mais alors seulement, je me déciderais à pratiquer l'hystérectomie par morcellement, parce que je n'aurais

plus rien d'autre à faire pour sauver la vie de la malade. C'est assez dire qu'à mon avis, et c'est là l'opinion de gynécologues éminents de tous les pays, l'opération de Péan ne devrait jamais être qu'une opération d'exception qu'on tente comme ressource ultime quand tout le reste est demeuré impuissant.

Walton (Bruxelles). — Messieurs, je n'entends m'occuper en ce moment que des suppurations pelviennes d'origine tubaire. Elles constituent d'ailleurs l'immense majorité des suppurations du petit bassin. Je ne parlerai pas non plus des abcès à fluctuation évidente pointant dans le vagin ou à tout autre endroit et qui peuvent être largement ouverts et drainés.

En 1886 dans notre Mémoire sur la pelvi-péritonite nous disions : « Il est illogique d'attaquer d'emblée, directement, le péritoine et les annexes enflammés ; il est plus logique de combattre la cause qui a engendré leur maladie, c'est-à-dire l'endométrite. Il est probable que, la cause enlevée, les effets disparaîtront ».

Les faits viennent confirmer tous les jours la vérité de cette observation. Ne voyons-nous pas, en effet, nombre de femmes ayant subi l'ovaro-salpingectomie, unilatérale ou bilatérale, continuer à souffrir et à dépérir, par le motif très simple que par la laparotomie on enlève bien les annexes malades mais on laisse *in situ* la matrice enflammée et cause de toutes les souffrances. Il y a peu de temps encore nous visitions une femme opérée dans une de nos grandes villes de province par un de nos plus habiles chirurgiens. L'opération admirablement bien faite avait consisté à pratiquer l'ovaro-salpingectomie bilatérale. Et cependant cette femme continuait à souffrir et à dépérir ; même elle prétendait souffrir plus qu'avant l'opération. Ses souffrances n'étaient nullement imputables à une faute opératoire. L'utérus était parfaitement mobile, nulle part il n'y avait ni brides ni adhérences. L'opération, je le répète, avait admirablement réussi. C'était un réel succès opératoire. Un de ces cas que l'on est habitué à libeller du mot guérison. Et cependant la femme souffrait toujours. Quelle pouvait donc être la cause de ses souffrances ? Un examen des plus faciles permettait de constater l'existence d'une métrite purulente sans doute d'origine blennorrhagique. Il est propable, et mon expérience personnelle me permet d'ajouter : il est certain, qu'en traitant énergiquement la métrite, cause initiale de tout le mal, on aurait obtenu la guérison de cette métrite et l'extinction de l'inflammation des annexes. En d'autres

termes on aurait obtenu non pas seulement une guérison opératoire mais une guérison clinique.

Si nous ne craignions d'être indiscret, nous pourrions citer d'autres cas analogues opérés par nos plus habiles laparotomistes, où, malgré une castration bilatérale, les femmes continuent à souffrir, à dépérir et où les hémorragies utérines et les écoulements muco-purulents n'en continuent pas moins à les entraîner fatalement vers la tombe.

C'est précisément à cause des insuccès de la laparotomie au point de vue du résultat clinique que Péan a été amené à appliquer son procédé d'hystérectomie vaginale par morcellement au traitement de la suppuration pelvienne. En crevant ainsi le plafond du vagin il ouvre les poches purulentes et permet au pus de s'écouler au dehors. Un des reproches que l'on pourrait faire à l'hystérectomie vaginale c'est de laisser la plupart du temps dans le ventre les annexes malades.

En résumé ces deux opérations, tout en mutilant la femme, sont cependant encore passibles d'un même reproche : celui de mutiler insuffisamment. Ainsi, par la laparotomie, on enlève les annexes, mais on laisse la matrice malade. Par l'hystérectomie vaginale ou castration utérine on enlève bien la matrice mais la plupart du temps on est forcé d'abandonner dans l'abdomen les annexes malades. Pour être chirurgicalement logique il faudrait pratiquer l'éviscération complète, c'est-à-dire enlever annexes et utérus. On serait souvent alors réduit à combiner et à parfaire la laparotomie par la castration utérine.

Est-ce à dire, parce que je critique ces deux opérations, que je les condamne complètement? Nullement, je ne m'insurge que contre l'abus, car je suis intimement convaincu que les trois quart des femmes, atteintes d'inflammation des annexes et de suppuration du petit bassin, auraient pu guérir par des moyens plus conservateurs. Dans notre mémoire déjà cité nous reconnaissons loyalement qu'il y aura toujours des cas où tous les moyens conservateurs échoueront et où on en sera réduit à une opération plus radicale. Mais ce que nous sommes en droit de demander, c'est que, avant de mutiler une femme, avant de lui enlever les organes qui constituent son sexe, on ait franchement, loyalement et patiemment usé de tous les moyens conservateurs destinés à obtenir une guérison clinique. Or, c'est ce qui ne se fait pas, à de rares exceptions près.

Il y a quelques années à peine la gynécologie était exclusivement entre les mains des accoucheurs. C'était, pour employer l'expression de Chéron, la *période médicale* de la gynécologie. Hélas! elle était bien peu active cette gynécologie infantile d'il y a quinze ans. Aujourd'hui

la gynécologie a secoué ses langes et d'un saut, bondissant du berceau, elle est allée se confier aux mains des chirurgiens. Nous sommes à l'heure actuelle à la *période chirurgicale* ou opératoire de la gynécologie. Entre ces deux extrêmes, inaction complète et mutilations brillantes, vient se placer la *gynécologie conservatrice*, dont nous sommes un des adeptes les plus convaincus. C'est cette gynécologie conservatrice que Chéron et Doléris considèrent comme celle de l'avenir. Nous savons qu'ici en Belgique nous sommes à peu près seul à combattre le bon combat. Ici nous crions dans le désert. *Clamo in deserto*. Mais nous nous consolons de notre isolement, en voyant en France se grouper autour de nous la puissante et forte phalange de gynécologistes composée de : Pouillet, Chéron, Batuaud, Pozzi, Doléris, Le Dentu, Pichevin, etc., etc.

Il n'est guère possible de s'occuper du traitement des suppurations pelviennes, qui ne sont en définitive que l'aboutissant des inflammations circa-utérines, sans nous occuper des inflammations péri-utérines. On est à peu près d'accord pour admettre que le noyau de ces inflammations péri-utérines, le centre d'irradiation réside dans les trompes. C'est des trompes, dont la phlegmasie n'est que l'extention de celle de l'endomètre, qu'irradie l'inflammation aux tissus circonvoisins. C'est ainsi que l'inflammation envahit le plus ordinairement d'abord la muqueuse tubaire, sa tunique musculaire, s'étend de là à la tunique péritonéale, d'où péri-salpingite qui, par extension, produit la péri-ovarite et la pelvi-péritonite avec ou sans adhérences. Dans une autre direction, l'inflammation s'étend vers le tissu cellulaire sous-péritonéal le plus proche de la trompe, d'où péri-salpingite qui en s'étendant devient de la para-métrite. Aussi peut-on dire que les tumeurs inflammatoires circa-utérines sont constituées à la fois, à des degrés très variables, de salpingite, de para et de péri-salpingite, de para-métrite, de péri-métrite et de péri-oophorite. A ce degré-là beaucoup de gynécologues veulent bien admettre que ces tumeurs inflammatoires peuvent se dissoudre et disparaître à l'aide d'un traitement antiseptique et décongestif des premières voies génitales.

A un degré plus avancé, la trompe fermée à son extrémité abdominale par inflammation adhésive et à son extrémité utérine par l'épaississement de la muqueuse de l'isthme tubaire se remplit en proportion plus ou moins grande de liquide sécrété par la muqueuse malade. Ainsi se produit, pour ainsi dire au foyer de la tumeur péri-utérine, une salpingite catarrhale, purulente, ou hémorragique.

Parfois, par les simples efforts de la nature, une partie de ce liquide fuse par le tractus utérin. A un degré plus avancé, la collection tubaire

est complètement emprisonnée dans la trompe et constitue un véritable kyste qui devient alors un hydro, un pyo, un hémato-salpinx.

Ici commence une première difficulté : Etablir le diagnostic. Tout le monde reconnaîtra, par le toucher et le palper combinés, la tumeur péri-utérine. Avec un peu d'habilité on la distinguera de la tumeur fibreuse ; et on diagnostiquera une tumeur salpingienne. Mais le diagnostic devient plus difficile, quand il faut différencier la salpingite catarrhale de la salpingite purulente ou muco-purulente. C'est d'autant plus difficile qu'il s'agit de différentes phases d'une seule et même maladie. En l'absence de fluctuation, ce qui est le cas le moins ordinaire pour les tumeurs peri-utérines, que celles-ci soient libres ou mobiles ou qu'elles soient immobiles, fixées par adhérences aux viscères et aux parois du petit bassin, en l'absence de fluctuation disons-nous, quel signe vous révélera que la salpingite, noyau de la tumeur, est simplement catarrhale, qu'elle est muco-purulente ou qu'il s'agit déjà d'une pyo-salpingite. Et cependant ce diagnostic a son importance. Beaucoup de gynécologues veulent bien admettre que l'aseptie et le drainage du tractus utéro-vaginal peuvent bien aboutir à la guérison d'une salpingite catarrhale mais non point à celle d'une pyo-salpingite.

L'existence même si caractéristique en apparence de la fièvre à accès rémittents, des frissons erratiques, le teint cachectique des téguments, ne nous permettra pas encore d'affirmer avec certitude s'il existe du pus oui ou non. Il nous est maintes fois arrivé de voir disparaître en vingt-quatre heures à la suite du traitement médico-chirurgical intra-utérin, la fièvre, les frissons et le teint cachectique. Si parfois toute trace des tumeurs péri-utérines ne disparaît pas complètement à la suite de ce traitement, du moins deviennent-elles inertes, inoffensives et finissent-elles à la longue par se résorber. Plus tenaces seront les adhérences ou brides péritonéales ou paramétriques fixant la matrice en position vicieuse nécessitant son redressement et son maintien. Mais, en l'absence d'inflammation, cet état de choses est le plus souvent compatible avec un état de santé parfaite. Or, si le diagnostic est incertain, n'est-il pas illogique de s'adresser directement à une opération qui consiste à mutiler une femme, alors qu'un procédé plus inoffensif aiderait à établir le diagnostic et permettrait très probablement de guérir la femme sans la castrer ?

Quels signes certains a-t-on pour diagnostiquer une salpingite d'un salpinx. En d'autres termes est-on certain qu'on a à faire à une salpingite kystique ou non kystique. Or, les auteurs les plus récents

admettent la guérison de la salpingite non kystique sans salpingectomie. Tandis que, pour eux, le salpinx nécessite toujours la salpingectomie. Dans le doute donnez une chance à la femme.

Nous sommes fort tentés de croire que les laparotomistes ne posent le plus souvent leur diagnostic qu'après coup, et certainement il doit leur arriver plus d'une fois de pratiquer inutilement une opération dangeureuse. D'ailleurs l'expression de laparotomie exploratrice prouve à l'évidence la vérité de ce que j'avance.

« Je suis convaincu, dit Doléris, que les huit dixièmes des femmes opérées pouvaient éviter l'opération radicale ». Notez qu'il s'agit ici pour ainsi dire d'un aveu, car avant d'être devenu conservateur, Doléris s'est livré avec enthousiasme à la chirurgie abdominale. Son opinion a d'autant plus de valeur qu'il est mieux placé pour juger les deux manières de faire.

Pour ma part j'ai rencontré un nombre assez respectable de salpingo-ovaro-pelvi-péritonites. Et parmi eux plusieurs cas où l'ensemble des phénomènes autorisait à admettre la présence du pus dans le bassin en l'absence de toute fluctuation. Plusieurs de ces cas ont été publiés. D'autres le seront probablement dans un mémoire en voie de préparation dû à la collaboration de M. le professeur Le Dentu et du D[r] Pichevin, de Paris.

Considérant que le point de départ de toute inflammation des annexes et du péritoine du petit bassin réside dans la cavité utérine, semblable à une usine qui fournit constamment de nouvelles colonies de microbes, qui vont entretenir, augmenter et étendre l'inflammation des annexes ; considérant qu'il y a tout intérêt à arrêter cette production microbienne et à permettre l'évacuation des liquides morbides, je m'efforce d'obtenir l'aseptie complète et le drainage de la filière utérine. Pour arriver à ce but, la cavité utérine est largement dilatée, la muqueuse malade est abrasée par curettage, le drainage est assuré par la gaze iodoformée qui maintient en même temps l'utérus dilaté. L'irrigation intra-utérine journalière tient aseptique la cavité utérine, des tampons antiseptiques à la glycérine rendent aseptique le vagin et la portion vaginale du col, tout en déterminant un courant exosmotique favorable à la décongestion des organes enflammés.

Un des effets les plus immédiats de cette manière de faire c'est la suppression de la douleur. Ceci est très caractéristique et se produit dès le lendemain. La constipation si fréquente dans les cas d'inflammation péri-utérine disparaît le plus souvent comme par enchantement. La fièvre, si elle existe, avec ses accès rémittents ainsi que les frissons erratiques sont coupés nets, le teint cachectique du visage également

si fréquent dans ces cas, cède immédiatement. On dirait vraiment qu'en assurant l'aseptie de la cavité utérine on est entré d'emblée dans le cœur de la place et on y a étouffé toute tentative de révolte.

L'infection microbienne des trompes n'étant plus ravitaillée par de nouvelles colonies venant de la cavité utérine semble s'éteindre faute de combattants. La muqueuse épaissie de l'isthme en contact immédiat avec la cavité constamment aseptisée de l'utérus se décongestionne, diminue d'épaisseur, s'amincit; la lumière de l'isthme se réconstitue. Le contenu de la trompe pourra ainsi s'évacuer. Mais pour cela il faut que la force contractile de la tunique musculaire entre en jeu. D'après mes observations ce phénomène se produit au moment d'une congestion menstruelle. Ordinairement cette évacuation se fait (en flot ou lentement) au moment de la première époque menstruelle fruste qui suit l'opération. Il arrive parfois, plus rarement il est vrai, que la première congestion menstruelle est nulle ou trop faible pour réveiller les contractions de la tunique musculaire des trompes. Parfois cette évacuation ne se produit qu'à la seconde congestion fruste. Voilà pourquoi *théoriquement* les irrigations intra-utérines et les tampons aseptiques devraient être renouvelés journellement jusqu'à la prochaine époque menstruelle *franche*, c'est-à-dire jusqu'à apparition des premières règles véritables qui suivent l'opération; car ce n'est que lorsque les règles se sont franchement rétablies que l'on peut être assuré de la régénérescence complète de la muqueuse intra-utérine.

Pour me résumer je dirai : Coupez les vivres à l'invasion microbienne et la force médicatrice de l'économie suffira pour faire résorber les exsudats et les épanchements les plus volumineux. Vagin de carton, plastron abdominal, tumeurs péri et para-métriques, salpingite, péri et para-salpingite, pelvi-péritonite fonderont et disparaîtront, je ne dirai pas comme neige au soleil, mais avec une rapidité parfois étonnante. Mais pour obtenir ce résultat il faut de la minutie, de l'exactitude et de la patience dans les pansements.

Pour terminer je rappelerai les deux aphorisme suivants :

« L'ablation d'un organe n'est pas une victoire, mais une défaite thérapeutique ». (Chéron.)

« La gynécologie de l'avenir, c'est la gynécologie conservatrice ». (Doléris.)

Ce que je viens de résumer en quelques lignes, je l'ai déjà longuement exposé dans mes écrits antérieurs.

Dès 1883 j'ai appliqué mon procédé de dilatation suivi de curettage à un cas de pelvi-péritonite vaginale. Cette observation fut

publiée (1) dans les Annales de la Société de médecine de Gand et fut reproduite par les Annales de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris. Cette femme, à qui on voulait pratiquer la castration, s'est mariée depuis et a eu trois accouchements normaux.

En 1885, j'ai publié un cas de pelvi-péritonite post-puerpérale (2) avec tumeur péri-utérine à droite, traité et guéri par ce même procédé. Depuis lors, cette femme a eu deux accouchements normaux. Dans cette observation j'ai soin d'ajouter ce qui suit : « Il est généralement établi par les gynécologistes, et tous les auteurs classiques le répètent à satiété, que, du moment qu'il existe, soit à l'état aigu, soit à l'état latent, une inflammation péri-utérine quelconque, il faut strictement s'abstenir de toute opération sur la matrice, le simple sondage même de la cavité est prohibé dans ces conditions. On voit que ces recommandations ne nous ont guère retenu ; d'ailleurs, dans un cas comme celui-ci, il n'y avait pas à hésiter. Un excès de prudence, désarmant la main de l'opérateur, était un arrêt de mort pour la malade. Ce qui nous rend plus confiant, ou, si l'on veut, plus audacieux, c'est la certitude que, grâce aux précautions antiseptiques, nous opérons avec la plus parfaite sécurité et avec impunité. Il en serait tout autrement, si le grand Lister n'avait doté la chirurgie de la plus admirable découverte des temps modernes ».

Le 30 juillet 1887, je présentai à l'Académie royale de médecine de Belgique un mémoire (3) sur le traitement de la pelvi-péritonite par la dilatation forcée et le curettage de l'utérus. Dans ce travail j'établis que :

1° La plupart des pelvi-péritonites et l'inflammation des annexes, connue sous le nom d'inflammation péri-utérine, trouvent leur source dans une inflammation intra-utérine. Que cette propagation se fasse par continuité et aux dépens de la muqueuse, ou qu'elle emprunte la voie des lymphatiques, peu importe. La source est toujours dans la

---

(1) Dilatation forcée et discission du col de l'utérus. — Théorie nouvelle et procédé opératoire nouveau. — Note préliminaire.

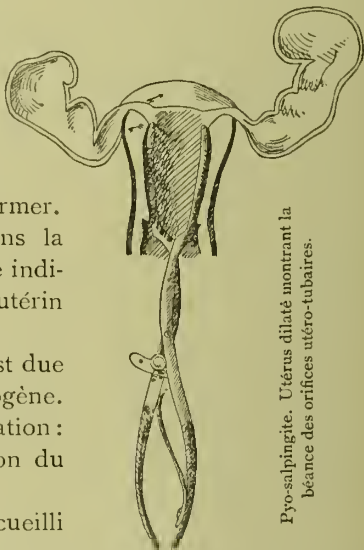
In Annales de la Soc. de méd. de Gand. Juin 1884, p. 124 et *in* Annales de Gynéc. et d'Obstét. de Paris. Août, 1884, p. 119.

(2) Application nouvelle de la dilatation forcée du col de l'utérus. Pelvi-péritonite grave guérie par ce procédé. *In* Annales de la Soc. de méd. de Gand. Févr. 1888.

(3) Contribution à l'étude de la pelvi-péritonite. Son traitement par la dilatation forcée et le curettage de l'utérus. *In* Annales de l'Ac. royale de méd. de Belg., tome VIII, 5e fascicule.

cavité de la matrice. D'où la déduction inévitable : combattre avant tout l'inflammation de la muqueuse utérine;

2° L'occlusion de l'orifice utérin des trompes facilite considérablement l'extension des accidents inflammatoires, en ce sens que la sécrétion morbide des trompes enflammées, ne pouvant s'écouler par l'utérus, se déverse fatalement dans le péritoine et entretient son inflammation jusqu'au moment où l'orifice péritonéal vient à se fermer. La sécrétion se collecte alors dans la trompe elle-même. D'où la seconde indication : rendre perméable l'orifice utérin des trompes;


Pyo-salpingite. Utérus dilaté montrant la béance des orifices utéro-tubaires.

3° L'inflammation intra-utérine est due à la présence d'un microbe pathogène. Ceci constitue la troisième indication : destruction du foyer ou stérilisation du terrain.

Ce mémoire fut favorablement accueilli à l'étranger, et particulièrement en France.

En 1888, je publiai une note (1) sur le drainage de la cavité utérine en cas d'abcès pelvien.

Je crois donc être en droit de revendiquer la priorité à propos du traitement indirect de la salpingite par la voie utérine, J'ai été suivi dans cette voie par le Dr Poullet, de Lyon, le Dr Doléris, de Paris, et à leur suite, par un grand nombre de gynécologistes des plus estimés.


Pyo-salpingite bilatérale. Utérus non dilaté.

Quant au procédé de dilatation que j'emploie, il est mien également. Depuis nombre d'années j'ai complètement renoncé à l'emploi de la laminaria et de l'éponge. La dilatation est extemporanée et le

(1) Du drainage de la cavité utérine en cas d'abcès pelviens. *In* Annales de la Soc. de méd. de Gand. 1888.

tout se fait séance tenante. A l'aide d'une série de dilatateurs métalliques à branches divergeantes, de calibre et de courbure différents, je parviens à pénétrer dans tout utérus, quel qu'il soit, qu'il soit sténosé ou fléchi, antéversé ou rétroversé, complètement refoulé par les tumeurs des annexes, et parfois presque inaccessible. Cet outillage me permet de dilater la matrice *in situ*, sans l'abaisser, sans la tirailler et surtout, sans devoir établir de contrepression sur l'abdomen, manœuvre le plus souvent nécessaire pour l'introduction des grosses bougies d'Hégar, manœuvre dangereuse, pouvant déterminer la rupture d'une poche tubaire. Je ne me contente pas de dilater le col seul. Je m'applique surtout à dilater le fond de l'utérus, de façon à rendre plus ou moins béant les orifices tubaires, ainsi que le démontre le dessin ci-annexé. Cette dilatation est toujours portée au maxima, de façon à pouvoir introduire l'index dans la cavité utérine, et en explorer le fond. La dilatation terminée, la cavité est soigneusement curettée, surtout au niveau des orifices tubaires, puis irriguée à l'aide d'un liquide antiseptique et fortement bourrée de gaze iodoformée. Il va sans dire que les précautions antiseptiques ont été prises. Pour de plus amples détails, je renvoie à mes écrits antérieurs.

Ce n'est qu'après l'essai loyal de ce procédé, que je me déterminerais à faire la salpingectomie, si les tumeurs salpingiennes persistent et *si la femme souffre ou dépérit.* Si la tumeur salpingienne bombe dans le vagin, je donnerais encore la préférence au débridement vaginal par le procédé Laroyenne, qui m'a donné de bons résultats dans ces derniers temps.

Dr. Heywood Smith agreed with the remarks that had fallen from his compatriot Dr. More Madden, who divided pelvic suppurations into intra-peritoneal and subperitoneal. With regard to the latter, he considered that they could be more easily opened *per vaginam* and drained, but in cases of ovarian abscess or of salpingitis it is far better to perform abdominal section, as then the parts could be more easily got at and removed, or if the abcess could not be removed, then it could be laid open and emptied and its walls stitched to the parietal peritoneum and so drained. He objected to Pean's operation as we were still ignorant as to the effect that the removal of the uterus had on the uterine appendages if they were left behind; and if they were removed it would necessitate the opening of the peritoneal cavity, which would

expose the patient to more risk, a risk which would not be greater if they were removed by abdominal section. He maintained that we should have to observe the result in many necropsies, after a considerable interval of time after the operation, in order to come to any real conclusion as to the effect on the uterine adnexa of the vaginal removal of the uterus. *Dr. Smith* hoped that the Congress would do something towards doing away with the use of the word «Laparotomy» to express abdominal section, for that, as every one knew, designated an incision through the flank. He thought the best word that had been suggested for central abdominal incision was « Coelyotomy ».

J. Félix (Bruxelles). — Si le grand nombre de chirurgiens réunis en ce premier congrès international de gynécologie, atteste les audaces et les triomphes de la médecine opératoire, grâce à l'antiseptie, dans le traitement des suppurations pelviennes, il établit aussi la fréquence de ces affections qui nécessitent chez la femme l'intervention chirurgicale. Il suffit de faire le relevé des opérations pratiquées chaque année dans tous les pays civilisés, pour se rendre compte des milliers de femmes rendues stériles par la castration et l'hystérectomie.

Il n'est plus possible de méconnaître aujourd'hui l'absolue nécessité de l'intervention chirurgicale dans le traitement des suppurations pelviennes et abdominales ; mais n'est-on pas en droit de demander à la science si l'ablation totale ou partielle des organes génitaux est toujours nécessaire, et s'il n'est pas utile de chercher à guérir les suppurations pelviennes sans priver la femme des organes de la reproduction ?

L'histoire de la médecine rapporte un grand nombre d'observations de guérisons naturelles, spontanées de suppurations abdominales et pelviennes suivies de grossesses heureuses. En présence de ces faits cliniques, n'importe-t-il pas d'examiner si, vu le peu de dangers que présentent aujourd'hui les opérations de chirurgie abdominale, on ne se laisse pas quelquefois trop entraîner par l'enthousiasme opératoire ; si on ne se hâte pas trop souvent de faire des opérations radicales sans avoir essayé de traitements plus conservateurs et non moins efficaces ?

Il convient que le chirurgien ne cesse jamais d'être médecin, afin de ne point transformer les salles d'opérations en laboratoires de vivisection. Il existe une tendance à se préoccuper fort peu de la

médecine, à contester l'utilité thérapeutique des médicaments, alors même que les succès et les triomphes de l'antiseptie en attestent l'efficacité et la puissance. L'absorption des médicaments, même de substances réputées insolubles, est bien établie aujourd'hui, et la chimie biologique nous explique comment des substances médicamenteuses très divisées peuvent produire dans les tissus et dans l'économie des réactions et des effets incontestables. Dans ces conditions, Messieurs, je crois qu'il ne suffit pas d'étudier les méthodes et les procédés opératoires les plus utiles et les plus sûrs, mais qu'il est nécessaire aussi d'étudier les causes médiates et immédiates des suppurations pelviennes, et de rechercher les moyens hygiéniques et thérapeutiques capables de les prévenir. C'est là une question de la plus haute importance dont le prochain congrès devrait, me semble-t-il, sérieusement s'occuper.

Les suppurations pelviennes qui se produisent en l'absence de néoplasmes sont le plus souvent le résultat de congestions, de fluxions, d'inflammations locales, qu'un traitement antiphlogistique institué à propos et à temps guérirait fréquemment. Si la suppuration succède à la congestion et à l'inflammation bien définies par le professeur Virchow, la microbiologie nous apprend que la stase sanguine prépare dans les tissus de vraies couches à microbes et transforme les terrains où elle se produit en champs de culture pour les micro-organismes de la suppuration. La congestion amène par compression la paralysie des vaso-moteurs. La stase sanguine qui s'en suit est le point de départ de la suppuration ; quand la résorption du sérum et du caillot macroscopique ou microscopique ne peut s'effectuer en temps, il se produit un milieu de culture favorable à la pullulation des micro-organismes. Voilà pourquoi la méthode antiphlogistique, les émissions sanguines locales, les frictions hydrargyriques, les iodés, les eaux minérales, l'électricité, etc., ne doivent pas être relégués dans l'oubli du passé. On a tort de ne pas toujours tenir compte des données de la physiologie pathologique, de l'expérience clinique et de s'abandonner trop aisément à l'expectation qui crée bien des cas d'opérations graves que la médecine pourrait éviter. L'abus ou l'expectation conduit le médecin à n'avoir plus confiance que dans la chirurgie, de là ces prévisions hâtives d'opération au moindre cas d'affection utérine ou abdominale. L'enthousiasme pour les succès opératoires, trop faciles aujourd'hui, grâce à l'antiseptie et à l'aseptie, fait qu'on se hâte parfois de décider l'urgence d'une opération radicale, sans avoir été assez sévère et précis pour le diagnostic et le pronostic; sans avoir tenu assez compte, dans l'intérêt de la patiente, des résultats éloignés et définitifs

de l'opération ; sans avoir essayé ou épuisé les ressources de la thérapeutique. C'est à cause de cela, qu'on a curetté des utérus gravides et qu'on en a retiré, au grand étonnement des assistants, des fœtus de trois ou quatre mois à qui l'opérateur avait tiré la boîte crânienne. C'est ainsi qu'on a pratiqué l'hystérectomie à des femmes atteintes de chlorose ou de métrorrhagies hystériques ; qu'on a fait le raclage de l'utérus chez des femmes et des jeunes filles atteintes de leucorrhée, d'herpès du col, de névralgies ou de rhumatismes ; qu'on a fait la castration, l'ablation du clitoris, même celle du col utérin pour tenter la guérison des hystériques ! Il y a dans ces pratiques contraires à la science et à l'observation clinique, des exagérations et des erreurs préjudiciables à l'humanité et à la considération médicale.

Je crois donc, Messieurs, qu'il serait utile de discuter dans un prochain congrès, les indications et les contre-indications des opérations gynécologiques radicales ; d'établir la statistique des résultats *éloignés* et *définitifs* obtenus par les divers traitements institués, en se basant sur ce principe, qu'en chirurgie il faut être *progressiste* toujours ; *radical* quelquefois et le plus souvent possible *conservateur*.

Lauwers (Courtrai). — Messieurs, je désire vous exposer en quelques mots les raisons pour lesquelles j'ai substitué depuis quelque temps, dans ma pratique, l'hystérectomie vaginale à l'ablation bilatérale des annexes malades.

Après avoir pratiqué une bonne vingtaine d'extirpations d'annexes, j'ai remarqué avec surprise qu'un certain nombre de mes opérées, celles notamment qui avaient été atteintes de catarrhe purulent des trompes, étaient aussi souffrantes après qu'avant mon intervention ; j'en ai même observé qui réclamaient avec instances une seconde opération qui fût capable de les délivrer de leurs misères. Des chirurgiens de la plus haute valeur ont prétendu que l'ablation des annexes malades avait une valeur curative absolue. Malgré le nombre relativement restreint de mes observations, je suis absolument convaincu :

1° Que cette opération ne débarrasse pas à coup sûr les malades de leurs douleurs, et que la guérison définitive, lorsqu'elle finit par se produire, tarde souvent des mois et des années ;

2° Que l'extirpation totale des trompes et des ovaires malades n'arrête pas toujours les hémorragies et les écoulements concomitants.

L'utérus est alors à la fois un organe inutile et nuisible.

J'ajoute : 3° Que cette opération, alors même qu'elle est conduite avec les précautions d'asepsie les plus rigoureuses, est fréquemment suivie d'une infiltration douloureuse des moignons des annexes, d'exsudats paramétriques, de périmétrite et autres accidents infectieux analogues.

4° Enfin, il arrive que la poche tubaire éclate au moment de la décortication et que du pus s'écoule dans le ventre. Alors il faut laver le péritoine et drainer — telle est du moins, jusqu'ici, ma manière de voir. Ce drainage donne lieu à la partie inférieure de la cicatrice abdominale à des distensions herniaires fort pénibles.

On comprend fort bien qu'après avoir observé dans ma pratique tous ces accidents et toutes ces complications, je me sois adressé volontiers à l'opération nouvelle dont M. le Dr Segond s'est fait, à la Société de Chirurgie de Paris, le très ardent et très habile défenseur. Supprimer l'utérus, dans ces conditions, c'est à la fois fermer la porte par où l'infection est entrée, et ouvrir une large voie à la désinfection.

J'ai pratiqué cette opération dans cinq ou six cas de pyo-salpingite d'origine blennorrhagique ou puerpérale, et j'en ai obtenu d'excellents résultats.

Il n'en a malheureusement pas été ainsi dans deux cas de suppuration pelvienne d'origine tuberculeuse. Etant donnée l'influence curative exercée par la laparotomie sur certaines formes de péritonite tuberculeuse, il était évidemment rationnel d'essayer l'hystérectomie vaginale — véritable laparotomie par la voie génitale — dans les cas où l'infection tuberculeuse avait son origine et son siège principal dans l'utérus et dans les organes avoisinants. Malheureusement, cette tentative n'a pas abouti. Non pas que mes malades aient succombé à l'opération : la brèche faite au milieu des masses indurées qui fixaient l'utérus a facilité l'écoulement du pus et l'extraction des matières caséeuses : l'infiltration œdémateuse des jambes a disparu, le pouls s'est relevé, l'appétit est revenu. Mais cette amélioration n'a été que passagère. L'une de mes opérées a succombé six semaines après l'opération, à des accidents d'étranglement intestinal ; l'autre, dont l'opération date déjà de quelques mois, est arrivée à la dernière période de l'émaciation et de la cachexie. Je dois ajouter que dans les deux cas, l'infection tuberculeuse avait envahi tout l'hypogastre et s'étendait jusqu'à l'ombilic. Chez la seconde de mes opérées, un abcès s'était ouvert dans le rectum, et du pus s'écoulait tous les jours en abondance par l'anus.

Dans les deux cas, l'utérus extirpé était petit, atrophié; sur une de ces pièces, l'endométrium présentait des ulcérations tuberculeuses manifestes, et les fragments de trompe que je suis parvenu à énucléer offraient les nodosités caséeuses caractéristiques de la salpingite tuberculeuse.

J'ajoute, en terminant, que ces deux observations ne sauraient avoir la prétention de résoudre définitivement la question de savoir si l'hystérectomie vaginale est à même d'arrêter le développement de l'infection tuberculeuse pelvienne.

J. Chéron (Paris). — *Les suppurations pelviennes :* tel est le titre de la question mise à l'ordre du jour qui a motivé le beau rapport de M. le D[r] Segond que nous avons entendu ce matin.

Dès la première minute, malgré le désir du rapporteur, la question est restée enfermée dans les limites les plus étroites : laparotomie et hystérectomie; le rapport et la discussion ne sont pas sortis de là.

Il me semble que malgré le grand intérêt qui s'attache à la remarquable opération de Péan si bien vulgarisée par Segond, la question des suppurations pelviennes eût gagné à se voir traiter avec quelque ampleur.

Les suppurations pelviennes sont le dernier terme, malheureux, des inflammations pelviennes. Qui dit suppurations pelviennes dit aussi inflammations pelviennes antécédentes. Ne vous eût-il pas semblé fort intéressant de mettre, en même temps au jour, la manière de traiter et de diriger les inflammations pelviennes pour les empêcher d'aboutir à ces suppurations auxquelles on a réservé aujourd'hui, dans ce congrès, une place exclusive.

Dans ma carrière de gynécologiste déjà bien longue, en vingt-huit années d'exercice, j'ai vu des inflammations pelviennes, en grand nombre, mais je n'ai pas vu des suppurations pelviennes à l'avenant, Il n'y en a pas tant que ça !

Dans les services des grands chirurgiens que je viens de nommer et dont je m'honore d'être l'ami, j'ai pu constater les beaux résultats que donne l'hystérectomie dans les cas graves de suppurations pelviennes; j'ai pu constater aussi la supériorité de l'hystérectomie sur la laparotomie dans les cas de poches purulentes adhérentes, non énucléables, mais j'ai pu constater aussi que le nombre en est très limité.

Si le nombre des cas de suppurations pelviennes est aussi limité que cela, il y a donc, de ce fait, un intérêt encore plus grand à faire connaître le traitement médico-chirurgical des inflammations pelviennes d'où elles dérivent.

Ce n'est pas dans les cinq minutes que m'accorde le règlement que je pourrais traiter la question, je me propose de le faire dans ma communication de demain.

Maintenant, laissez-moi vous dire, en réponse à la façon un peu dédaigneuse dont M. Segond a parlé de ce qu'il appelle la médecine conservatrice en gynécologie, qu'il semble vouloir confondre avec la médecine expectante oubliée depuis longtemps, laissez-moi vous dire que cette médecine qu'il faut aujourd'hui dénommer : *Gynécologie médico-chirurgicale conservatrice,* n'a rien de commun avec l'expectation d'il y a quelques années. Nous avons suivi le mouvement. Et sachez-le bien, le médecin gynécologiste qui aujourd'hui doit faire une judicieuse application du curettage, de l'ignipuncture profonde, de l'ablation partielle ou totale du col, de l'excision des ectropions, du hersage du canal cervical, de la dilatation, de l'électricité, du drainage de la cavité utérine, du massage local, etc., est un homme utile, très utile, qui rend de grands services aux malades, et qui, loin de préparer en favorisant l'infection des annexes, comme le disait tout à l'heure un des orateurs qui m'ont précédé, *des malades pour les cabinets des chirurgiens*, empêche au contraire la propagation de cette infection et arrête dans leur développement et guérit les inflammations pelviennes qu'il soustrait ainsi à la laparotomie et à l'hystérectomie.

Le grand titre de gloire de la chirurgie rénovée par l'antisepsie, c'est la conservation. Aussi, me suis-je étonné d'entendre tout à l'heure limiter la chirurgie de la façon suivante : on fait de la chirurgie, nous a dit M. Segond, quand on coupe, quand on enlève quelque chose. Et lorsque vous soignez avec votre remarquable talent une fracture comminutive, ouverte, au membre que l'ancienne chirurgie n'aurait pu conserver et que vous sauvez aujourd'hui, sans l'ablation d'aucune portion d'organe, ne faites-vous pas de la belle et bonne chirurgie ? Et tant d'autres exemples.

Croyez-moi, *la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice* n'est point *une médecine ancestrale* qui nous ramène vers le passé, elle représente un intermédiaire utile, indispensable, entre les grandes opérations dont vous venez de faire l'apologie et l'expectation de quinze ans en arrière ; elle contient l'ardeur des chirurgiens, elle rend

les plus grands services aux malades, et loin de préparer de la besogne à la grande chirurgie, elle diminue chaque jour l'étendue de son domaine.

M. E. Doyen (Reims). — La question des suppurations pelviennes a excité l'intérêt des chirurgiens bien avant qu'on put même soupçonner les ressources futures de la chirurgie abdominale, et les publications d'Astruc (1770) et Lieutaud (1776) sur ce sujet, ont exactement précédé d'un siècle les premières ablations d'annexes, faites par Hégar, Battey et Lawson Tait (1872-1876).

Nous avons l'honneur de présenter au Congrès les résultats de notre pratique personnelle qui comporte pour les lésions inflammatoires de l'utérus et des annexes, cent quarante-cinq opérations.

I. — Historique.

L'historique de la question se trouvant fort incomplet dans les récents traités didactiques, nous croyons indispensable, avant de discuter les procédés opératoires, de faire un retour sur le passé et de revivre quelques instants au milieu des Lisfranc, des Nonat, des Bernutz et de leurs contemporains.

Nous signalerons ensuite les principales théories émises sur la pathogénie des inflammations péri-utérines; et nous passerons en revue, dans un second paragraphe, l'histoire de la laparotomie et de l'hystérectomie appliquées au traitement de ces lésions.

1° Histoire des inflammations péri-utérines jusqu'aux premières tentatives de guérison radicale par la laparotomie.

a) *Premiers travaux.* — Les recherches d'Astruc (1770) et de Lieutaud (1776), sur la propagation aux trompes et aux ovaires de l'inflammation de l'utérus furent à peu près contemporaines de la description de la phlébite par Hunter (1773) et de la lymphangite par Assalini (1787) et Sœmmering (1795), qui étendirent les premiers à la pathologie la belle découverte des vaisseaux blancs par Aselli (1622).

Gasc (1802), Laënnec (1804), paraissent avoir méconnu les travaux antérieurs sur l'inflammation des trompes; ils ne s'attachèrent qu'à l'étude de la péritonite puerpérale. Breschet (1818-1819) fit connaître en France la phlébite (1), en traduisant les œuvres d'Hodgson. Davis (1823), Guthrie (1826), Dance (1828) et Lee (1829) tirèrent parti des notions acquises et démontrèrent que la phlegmatia alba dolens (2) n'était qu'une phlébite crurale, ayant pour point de départ les sinus veineux de l'utérus.

Allard (1824), Andral (1824 et 1826), Gendrin (1829), Cruveilhier et Velpeau (1830-1836) donnèrent à leur tour une bonne description des lymphangites.

Nonat signala en 1832 la présence du pus dans les lymphatiques utérins, à la suite de l'accouchement. Velpeau et Duplay firent en 1836 les mêmes constatations. Ces auteurs ne s'attachèrent toutefois, pour ce qui concerne la pathologie utérine, qu'aux grandes suppurations d'origine puerpérale.

Cruveilhier (1834) et Duplay (1836) rassemblèrent de nouveaux documents relatifs à la phlébite et la firent rentrer dans l'histoire générale de l'infection purulente. Tous deux, en observateurs d'élite, avaient étudié de pair la phlébite et la lymphangite puerpérale, et remarqué la fréquence plus grande de cette dernière. Aussi Chassaignac écrit-il, en 1859, que Cruveilhier, en deux années de séjour à la Maternité, n'aurait constaté à l'autopsie, contre plus de cent lymphangites utérines, que sept ou huit cas bien avérés de phlébite. Le grand mérite de Cruveilhier est d'avoir pressenti les doctrines micro-

(1) On croyait, au temps d'Ambroise Paré, que les accidents observés au bras à la suite de la saignée étaient dus à la piqûre d'un nerf ou d'un tendon. Telle fut l'interprétation de la saignée malheureuse faite au roi Charles IX par Portail et que relate A. Paré. Hunter, le premier (1773), démontra qu'il s'agissait d'une inflammation de la membrane interne des veines, et ce fut Breschet qui inventa le nom de « phlébite ».

(2) La phlegmatia alba dolens a été mentionnée pour la première fois par Moriceau (1721), qui attribua « l'enflure des jambes et des cuisses des nouvelles accouchées à un reflux des humeurs qui devraient être évacuées par la vidange », c'est-à-dire à la rétention des lochies. Puzos et Levret imaginèrent la théorie du « dépôt » ou de « l'engorgement laiteux ». R. White (1784) en fit la conséquence de « l'obstruction des lymphatiques du membre inférieur ». Sa conception était toute théorique et ne reposait sur aucune démonstration anatomique. L'expression de « phlegmatia alba dolens » est due à Hull (1800).

biennes en faisant jouer dans la phlegmatia alba dolens le rôle principal à l'inflammation des parois veineuses.

Bouchut (1844) et Virchow (1854) firent un pas en arrière en considérant au contraire les caillots de la phlegmatia comme primitifs et en subordonnant à ces thromboses, dites marastiques, l'altération des parois vasculaires.

Baudelocque signala, en 1830, la stérilité consécutive aux cas non mortels de pelvi-péritonite puerpérale. « On conçoit, dit-il, que les membranes de nouvelle formation, en faisant contracter aux trompes et aux ovaires des rapports vicieux, en les éloignant l'un de l'autre, en fermant l'orifice des trompes, deviennent un obstacle insurmontable à la fécondation ».

Walter (*De morbis peritonii*) avait déjà remarqué la fréquence des adhérences pelviennes et attribuait également à l'inflammation du péritoine qui entoure l'ovaire et à l'obstruction des trompes la stérilité des filles publiques.

Mercier (1838) fit les mêmes observations et insista sur la fréquence de l'origine blennorrhagique des lésions péri-utérines. Ces auteurs ont évidemment observé les diverses formes de salpingites et de pelvi-péritonites qui furent décrites plus tard.

Grisolle (1839) et Bourdon (1841) étudièrent « les abcès de la fosse iliaque » et « les tumeurs fluctuantes du petit bassin », sans mentionner les lésions des annexes.

La première interprétation clinique des indurations inflammatoires du petit bassin chez la femme appartient à Lisfranc (1843), qui crut devoir les attribuer à l'engorgement de l'utérus.

Lisfranc mentionne cependant les collections suppurées de l'ovaire, signale leur ouverture spontanée au niveau de la peau, et préconise, dans les cas où la tumeur paraît adhérente au péritoine pariétal, la ponction capillaire exploratrice, et, s'il y a lieu, l'incision directe au bistouri et le passage d'un séton.

Nonat (1850), Valleix (1853) et Gallard (1855) prétendirent que les indurations attribuées par Lisfranc à l'engorgement de l'utérus étaient distinctes de cet organe et les localisèrent dans le tissu cellulaire péri-utérin.

Cette théorie faisait de nombreux adeptes, lorsque Bernutz et Goupil (1857) démontrèrent, en se basant sur les autopsies de deux malades longtemps observées par Nonat, que les lésions étaient intra-péritonéales et que les masses indurées, perceptibles pendant la vie au toucher et au palper, se montraient, à la dissection, constituées

par des fausses membranes intra-péritonéales réunissant dans une gangue indurée les viscères pelviens.

Ces auteurs ont parfaitement observé les lésions des annexes, et M. S. Pozzi fait erreur en écrivant dans son Traité de Gynécologie (2e édition, p. 674), que « Bernutz et Goupil, après une description remarquable des phénomènes cliniques que nous rapportons maintenant à l'inflammation des trompes, les avaient attribués, sans exception, à des inflammations du péritoine pelvien, à des *pelvi-péritonites* ». Il suffit, en effet, de se reporter à leur livre (1862, p. 20, p. 38 et suivantes) pour constater qu'ils décrivaient avec le plus grand soin, au cours de leurs autopsies de pelvi-péritonites, les lésions des annexes, et tout particulièrement l'état des trompes, dont « le pavillon était distendu par du pus verdâtre ». Ils prennent soin de noter également l'aspect de la muqueuse, et donnent (p. 19) un excellent dessin de leur premier cas.

Dès le premier mémoire de Bernutz et Goupil (1857), Aran (1858), ayant observé que le pus et les fausses membranes de la pelvi-péritonite s'amassaient toujours au voisinage des annexes enflammées, insista sur la fréquence des altérations phlegmasiques des trompes et des ovaires, et leur subordonna les lésions péri-utérines.

Chassaignac (1859), dans son traité magistral, décrivit, après les phlegmons de la fosse iliaque, les suppurations de l'ovaire et de la trompe dans toutes leurs variétés. Il mentionne la formation des adhérences pariétales, l'ouverture des foyers dans l'utérus, la vessie, le vagin, l'intestin, le péritoine, et les accidents consécutifs. Il recommande l'incision des foyers, dès qu'ils font une saillie appréciable, et l'emploi, soit d'un drain en Y, soit d'un drain en anse, passé par une contre-ouverture avec l'aide de son trocart courbe.

Chassaignac put ainsi, dans certains cas, conduire la canule de son trocart, au travers d'un vaste foyer suppuré, du fond du vagin jusqu'au contact de la paroi abdominale antérieure, perforer cette dernière et passer un drain de la région sous-ombilicale au cul-de-sac postérieur du vagin.

Siredey (1860) s'attacha tout particulièrement à la description de l'ovarite. Gallard (1869) le suivit dans cette voie.

Parmi les travaux plus récents, mais encore antérieurs aux premières opérations de castration tubo-ovarienne pour lésions inflammatoires de ces organes, nous devons citer la thèse de Leteinturier (1872) qui mentionne quinze cas de mort par péritonite-suraiguë après de simples opérations sur le col utérin; le mémoire de Lorain (1873), qui relate nombre de morts rapides survenues chez des femmes

atteintes de lésions péri-utérines à la suite de simples injections vaginales, après le cathétérisme utérin, l'ablation d'un polype, etc., etc.; et enfin la thèse de Seuvre (1874), qui fut inspirée par la lecture du livre de Bernutz et Goupil (1862).

Ce travail, basé en grande partie sur l'anatomie pathologique, est aujourd'hui, plus que jamais, plein d'actualité, et demeure l'un des meilleurs plaidoyers en faveur de l'intervention chirurgicale. Après une description détaillée des différentes variétés de salpingite, l'auteur s'attache, en effet, à démontrer la fréquence des complications mortelles de l'inflammation des trompes. Il cite ensuite les observations de Leteinturier et de Lorain, et les enrichit de trente-sept cas inédits, comprenant : 1° huit observations de salpingites purulentes suivies de mort par péritonite ; 2° douze observations de péritonites mortelles à la suite d'injections vaginales ou d'opérations pratiquées sur l'utérus, les trompes malades ayant déversé du pus dans le péritoine ; 3° neuf observations de mort par suite de rupture d'un abcès de la trompe; 4° huit observations de mort à la suite d'hémorragies et de rétention sanguine dans les trompes enflammées ou obturées.

b) Pathogénie des inflammations péri-utérines. — Le rôle des lymphatiques dans la pathogénie des lésions péri-utérines, après un long oubli, venait d'être remis en lumière par Lucas-Championnière (1870), tant dans l'état puerpéral que dans l'état de vacuité de l'utérus.

Lucas-Championnière décrivit la disposition des réseaux lymphatiques superficiels et profonds de l'utérus et des annexes et démontra qu'on les avait souvent confondus avec les veines, lorsque l'on attribuait à celles-ci un rôle prédominant dans les inflammations péri-utérines. Il signale la présence, sur les côtés et en arrière du col de l'utérus, d'un ganglion lymphatique, et d'autres plus nombreux disséminés jusqu'au contact des parois pelviennes.

Alph. Guérin (1878) fit à son tour jouer à un autre ganglion, décrit antérieurement par Cruveilhier et situé au voisinage du trou obturateur, le rôle principal dans la production des phlegmons qu'il dénomma « juxta-pubiens ». Ces doctrines furent vivement combattues.

Sappey prétendit contradictoirement que le ganglion de Guérin n'existait pas, et que les vaisseaux lymphatiques de l'utérus se rendaient « dans des ganglions situés au voisinage de l'artère iliaque primitive et dans les ganglions lombaires ». Les lymphatiques de la muqueuse, ajoute-t-il, se rendent parfois dans un petit ganglion, non constant, près de l'insertion du vagin sur le col.

P. Poirier (1889-1890) a étudié avec le plus grand soin les lym-

phatiques des organes génitaux de la femme ; nous le citerons longuement, afin d'éclairer, s'il est possible, cette polémique si confuse.

« Les lymphatiques de la vulve se rendent, d'après Poirier, aux
» ganglions inguinaux. Ceux de la partie moyenne du vagin suivent
» l'artère vaginale et aboutissent au ganglion inférieur du plexus
» iliaque, situé à l'origine même de cette artère. Exceptionnellement,
» on trouve sur leur trajet, au niveau de la cloison recto-vaginale, un
» petit ganglion. Les lymphatiques de la partie supérieure du vagin
» et ceux du col utérin cheminent le long de l'artère utérine, passent
» avec elle en arrière de l'uretère et suivent le bord inférieur ou
» périnéal du ligament large pour gagner ensuite son bord latéral
» ou pelvien, et aboutir aux ganglions iliaques, dont le plus élevé
» est situé au niveau du détroit supérieur, dans l'angle de bifurcation
» de l'iliaque primitive.

» Les autres, moins volumineux, sont placés dans la cavité pel-
» vienne, le long de l'artère hypogastrique, au niveau du bord externe
» du ligament large. Le ganglion qui reçoit les lymphatiques de la
» partie moyenne du vagin et qui est situé à l'origine de la vaginale
» au milieu du bouquet des branches de l'hypogastrique forme la
» limite inférieure de ce groupe.

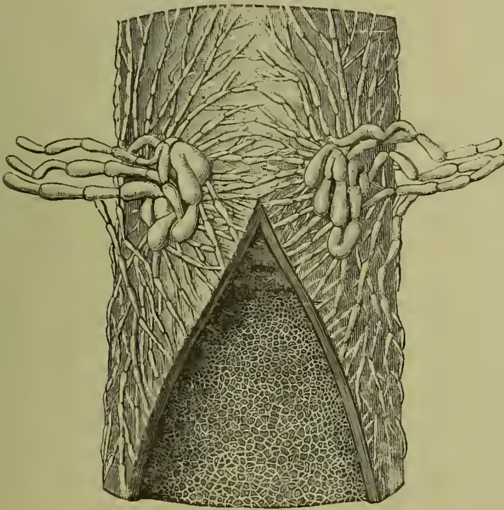


Fig. 1. — Plexus lymphatique du col utérin. — Disposition normale dans un utérus d'enfant. (D'après un dessin de M. Poirier).

» La distance des bords de l'utérus aux parois pelviennes variant » de 3 à 5 centimètres, un de ces ganglions hypertrophié peut, nous » dit Poirier, se trouver presque au contact de l'utérus, comme l'ont » observé bon nombre de chirurgiens.

» Il n'existe de ganglion, ni au *niveau du trou sous-pubien* (A. Guérin), » ni *sur le côté et en arrière du col, au-dessus du cul-de-sac vaginal latéral* » (Lucas-Championnière).

» Le ganglion le plus rapproché du trou sous-pubien est situé à » 15 à 20 millimètres en arrière, le long de la veine iliaque externe ; » un autre ganglion est ordinairement le long des vaisseaux obtura- » teurs, à 3 centimètres en arrière du trou sous-pubien. Ces ganglions » sont situés dans la cavité même du bassin, près de son bord supé- » rieur, en contact avec la face postérieure du pubis, mais ne reçoi- » vent de troncs lymphatiques que de la cuisse. Il est vrai qu'ils » peuvent suppurer en même temps que les ganglions utérins, qui » leur sont reliés par un plexus anastomotique d'une extrême richesse.

» Sur les côtés du col, il existe, non pas un ganglion, mais un » plexus lymphatique constant, susceptible de s'enflammer et de » s'épaissir ».

Les recherches de Guérin et de Lucas-Championnière étant basées surtout sur l'anatomie pathologique, nous croyons que la constatation par Poirier de ganglions pelviens situés à 15 à 20 millimètres du trou sous-pubien et en rapport avec le système lymphatique utérin, et d'un peloton lymphatique constant sur les côtés du col, auxquels nous devons ajouter le ganglion admis par Sappey au voisinage de l'insertion du vagin sur le col et ceux observés « trois fois sur une trentaine de cas » par Poirier, le long des lymphatiques de la partie moyenne du vagin, tout près de leur origine, au niveau de la cloison recto-vaginale, confirme, plutôt qu'elle ne taxe « d'erreur anatomique », les recherches de ces maîtres.

Il nous est arrivé, au cours d'une hystérectomie vaginale pour cancer, de rencontrer, en faisant la toilette de la plaie vaginale, deux ganglions presque médians, gros comme des haricots et situés au niveau de la portion sus-vaginale du col. Ce sont les ganglions mentionnés plus haut.

« Les lymphatiques du corps de l'utérus, ajoute Poirier, conver- » gent vers les cornes de l'organe pour former deux à trois troncs » volumineux, qui s'engagent avec les vaisseaux utéro-ovariens dans » le bord supérieur du ligament large et cheminent tout près de » l'ovaire et assez loin de la trompe, au fond du sillon formé par » l'aileron moyen et le postérieur.

» Ils reçoivent de la trompe deux ou trois troncs lymphatiques » inclus dans l'aileron tubaire ».

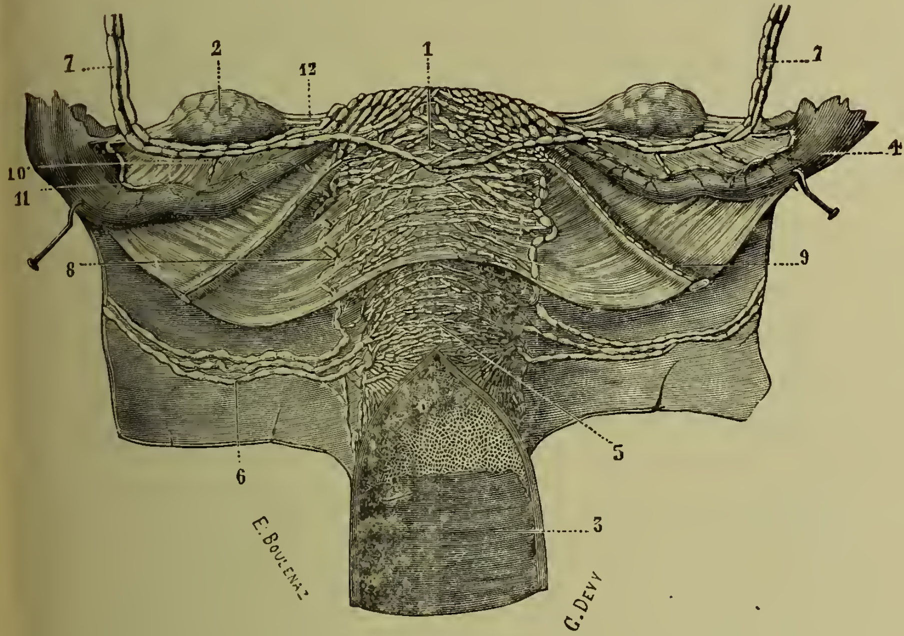


FIG. 2. — *Vaisseaux lymphatiques de l'utérus.* — 1. Lymphatiques venant du corps et du fond de l'utérus; 2. Ovaire; 3. Vagin; 4. Trompe; 5. Lymphatiques venant du col utérin; 6. Vaisseaux lymphatiques venant du col utérin et se rendant aux glanglions iliaques; 7. Vaisseaux lymphatiques venant du corps et du fond de l'utérus et se rendant aux glanglions lombaires; 8. Grande anastomose unissant les vaisseaux du col et du corps utérin; 9. Petit vaisseau lymphatique situé dans le ligament rond et se rendant aux glanglions inguinaux; 9, 10, 11. Vaisseaux lymphatiques de la trompe, allant se jeter dans les gros vaisseaux lymphatiques nés du corps utérin; 12. Ligaments de l'ovaire. (D'après un dessin de M. Poirier).

P. Poirier figure (p. 510 et p. 527) cette disposition et indique avec clarté l'arcade anastomotique des lymphatiques de la trompe.

« Les troncs lymphatiques volumineux qui viennent de l'ovaire » s'accollent aux vaisseaux efférents de l'utérus et ne s'anastomosent » avec eux qu'au niveau de la cinquième vertèbre lombaire. Tous » ces vaisseaux se rendent aux ganglions lombaires, situés au niveau » du bord inférieur du rein, au-devant de la veine cave et de l'aorte. » Quelques lymphatiques de l'utérus se rendent également en suivant

» le ligament rond dans les ganglions inguinaux, dont l'engorgement » n'est pas rare au cours de certaines affections utérines (1).

» Les groupes lombaires et iliaques sont réunis par une chaîne non » interrompue de ganglions unis par de nombreux plexus, et situés » le long de l'aorte et de l'iliaque primitive.

» Les deux groupes de lymphatiques utérins, le supérieur et » l'inférieur, sont unis par de nombreuses anastomoses intra-utérines, » mais surtout par un gros tronc flexueux, qui suit, sur les parties » latérales du corps de l'utérus, le trajet de l'artère utérine (Fig. 129, » p. 510) ». (*Progrès médical.*)

P. Poirier admet anatomiquement la circulation lymphatique rétrograde si bien démontrée par les faits cliniques.

L'un des points les plus originaux de ces recherches est la description du riche réseau lymphatique du revêtement séreux de l'utérus.

« Ce réseau séreux — qu'il a le premier décrit — communique » avec les troncs sous-séreux. Il est sous-jacent à l'endothélium » péritonéal. Ce réseau est l'origine des néoformations lymphatiques » dont sont sillonnées les adhérences pelviennes pathologiques, qui, » après injection au mercure, sont de véritables tapis métalliques ».

Ces détails sont des plus importants pour éclaircir l'histoire des inflammations péri-utérines. Nous y reviendrons à propos de l'infection par voie lymphatique de la trompe et de l'ovaire.

1° *Phlegmon du ligament large.* — P. Poirier conclut de ses recherches qu'il n'y a pas, à proprement parler, de « phlegmon du ligament large », le ligament large ne contenant pas de lymphatiques. — Or, n'a-t-il pas décrit les troncs qui longent ses bords supérieur et inférieur, l'anastomose latéro-utérine qui les unit, le groupe de ganglions iliaques situé dans son bord externe ? Le bord latéral de l'utérus n'est-il pas compris entre les feuillets du ligament large ?

Il n'est pas besoin que le phlegmon prenne son point de départ au centre même du ligament large pour conserver sa dénomination, si vraie au point de vue clinique. Il nous suffit que la suppuration se produise dans le « bord externe du ligament large », comme l'admet Poirier, et l'envahisse dans une étendue variable, pour que nous croyions inutile de vouloir tenter avec lui de réformer à force de subtilités anatomiques les données de la pathologie et de la clinique.

---

(1) Nous avons même noté, comme preuve de l'infection rétrograde des ganglions lymphatiques, la fréquence de l'adénite inguinale cancéreuse dans les cas de néoplasmes du pylore.

L'adéno-phlegmon juxta-pubien de Guérin est également, à notre avis, une forme clinique bien distincte de suppuration pelvienne, et Poirier nous a dit lui-même qu'il existait à 15 ou 20 millimètres du trou sous-pubien des ganglions largement anastomosés avec les ganglions voisins qui reçoivent les lymphatiques de l'utérus, et que ces ganglions étaient susceptibles de s'enflammer simultanément.

Il était donc bien permis à A. Guérin de donner le nom de ganglions sous-pubiens à ces ganglions, qui sont situés si près du trou obturateur et reçoivent les lymphatiques qui le traversent.

2° *Ovarites et salpingites; pelvi-péritonites.* — La pathogénie des salpingites et des ovarites suppurées a donné lieu également à bien des controverses. Y a-t-il propagation *de proche en proche*, jusqu'à la muqueuse-tubaire, d'une inflammation partie de la muqueuse vagino-utérine, ou bien s'agit-il toujours d'une infection par la voie lymphatique?

Terrier, Terrillon, Quénu, Trélat, Routier se sont ralliés à la première opinion, et leurs arguments, nous dit Poirier, « n'ont point » entraîné les convictions de Lucas-Championnière, qui persiste à » trouver enfantine une théorie qui repose cependant sur l'observation » et l'anatomie vraie, pour la remplacer par une basée sur des erreurs » anatomiques ».

Ce jugement est bien rigoureux, car, à part des divergences de siège, de *quelques millimètres*, le seul point anatomique précis sur lequel Lucas-Championnière et Poirier sont réellement en désaccord, « c'est l'abou- » chement à plein canal » des lymphatiques utérins et ovariens au-dessous de l'ovaire, Poirier ayant démontré que cette anastomose ne se faisait qu'au niveau de la cinquième lombaire. Mais sa description des lymphatiques sous-séreux, auxquels il se complaît à faire jouer un rôle si important qu'il « considère (1890, page 41, n° 3) qu'une inflam- » mation intra-utérine ne peut pas survenir sans que le péritoine » utérin y prenne une part quelconque, grosse ou petite », nous semble de nature à tout concilier; et l'auteur se contredit lui-même quand il traite plus loin « d'enfantine » la théorie lymphatique, qu'il vient de soutenir si ardemment, pour admettre comme seule véridique celle de la « propagation de muqueuse à muqueuse ».

C'est d'ailleurs à tort, selon nous, que les partisans exclusifs de cette dernière théorie, tels que Pozzi, — bien que ce dernier admette avec Poirier l'origine lymphatique possible d'une salpingite par les réseaux séreux sous-endothéliaux, — attribuent à Aran la théorie de la propagation muqueuse, et que Segond (*Traité de Chirurgie)* cite cette même opinion comme exclusivement admise par Schrœder.

En effet, Aran, en démontrant que l'inflammation des annexes était

le point de départ habituel de la pelvi-péritonite, et Schrœder, en écrivant (page 370) que « la salpingite est le plus souvent due à la » propagation d'une endométrite et que ce sont les processus infec- » tieux qui paraissent se transmettre de préférence de la muqueuse » utérine aux oviductes », ne spécifient pas par quelle voie se propage l'inflammation de la muqueuse utérine.

Nous pouvons même ajouter que Poirier (page 41, 1890) devient trop large en faveur de la théorie lymphatique, quand il admet comme possible l'origine lymphatique exclusive de la péri-métrite, en dehors de toute altération primitive des annexes, et nous enregistrons son assertion d'autant plus volontiers qu'elle prouve l'inanité du nouveau terme *péri-métro-salpingite*, inventé bien gratuitement par S. Pozzi pour remplacer les termes si explicites de *péri-métrite* et de *pelvi-péritonite.* La constatation par Seuvre (*loco citato*), au cours de ses autopsies d'abcès lymphangitiques de la trompe, nettement interstitiels et sans rapport avec le conduit tubaire, est une preuve de l'origine lymphatique de certaines salpingites suppurées.

Le rôle du système veineux dans la pathogénie des inflammations péri-utérines semble donc entièrement effacé et la phlébite des sinus utérins n'est en rapport direct qu'avec la phlegmatia alba dolens, dont l'origine bactérienne a été démontrée par Doléris (1880) (qui figura dans sa thèse une veine dont les parois et le caillot étaient infiltrés de bactéries); soutenue par Siredey (1884), par Delore et Poullet (*Dictionn. des sciences médicales)*, et confirmée par nos recherches et celles de notre ami Widal (1887-1888) (présence de streptocoques dans les caillots des sinus utérins et des veines thrombosées).

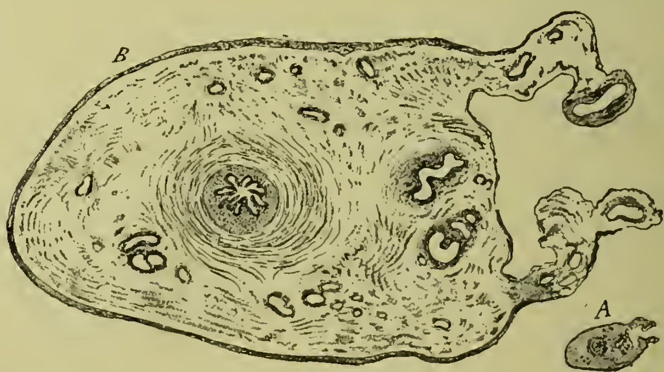


Fig. 3. — Coupe de la trompe droite près de l'utérus. Intégrité de la muqueuse. — *Légende* : A, grandeur naturelle; B, coupe grossie : muqueuse revêtue de son épithélium parfaitement intact.

Seules restent en cause la lymphangite et la propagation de muqueuse à muqueuse.

Nous avons examiné avec soin, dans le but d'élucider la question, une pièce récente : métrite interne blennorrhagique d'ancienne date avec salpingite catarrhale à droite, salpingite purulente à gauche. Les pièces furent enlevées par l'hystérectomie vaginale. La trompe droite était d'aspect presque normal (fig. 3) ; la gauche, du volume du doigt dès la corne utérine, aboutissait à un kyste purulent du volume du poing, à parois épaisses, et fermé en partie par la paroi pelvienne. Le conduit tubaire, intact à droite, n'était pas dilaté dans le quart interne de la trompe gauche. Nous avons pratiqué des coupes en divers points (fig. 4, 5 et 6).

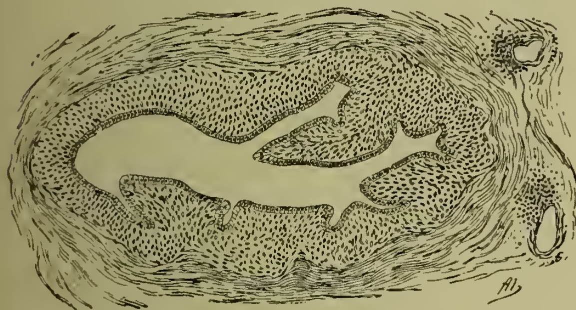


Fig. 4. — Coupe de la trompe gauche : segment intra-utérin. Intégrité de la muqueuse et de l'épithélium. Lésions péri-vasculaires.



Fig. 5. — Même trompe. Coupe à 15mm de corne utérine. — *Légende :* A, grandeur naturelle ; B, coupe grossie : muqueuse et son épithélium. Infiltration du chorion par de petites cellules rondes. Lymphangite interstitielle.

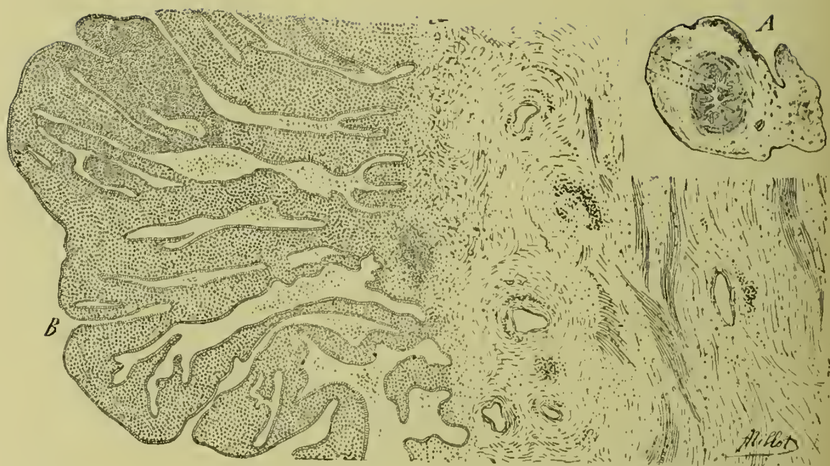


Fig. 6. — Trompe gauche. Origine du kyste purulent. Replis de la muqueuse ayant en grande partie conservé leur épithélium. Infiltration purulente sous-épithéliale. Lésions interstitielles dans toutes l'épaisseur des parois. Bourgeonnements inflammatoires intra-vasculaires. Altération des réseaux lymphatiques séreux.

A l'origine du kyste purulent tubaire, l'altération des parois est évidente sur toute leur épaisseur. Les replis de la muqueuse sont infiltrés de pus et bourgeonnants. Toutefois l'épithélium est intact en bien des points. Tout près de l'utérus, le revêtement épithélial de la muqueuse tubaire n'est pas altéré; mais le chorion est infiltré de petites cellules rondes et toute l'épaisseur de la trompe se trouve manifestement enflammée. La coupe qui porte sur le segment intra-utérin montre les mêmes détails, en ce qui concerne la muqueuse tubaire. De plus on reconnaît çà et là, en son voisinage, des culs-de-sac de glandes utérines, revêtus de leur épithélium, mais dilatés et remplis de pus. A droite, l'épithélium de la muqueuse tubaire est intact et il n'existe pas de lésions sous-jacentes.

Quelle est la signification de cette intégrité de l'épithélium tubaire, dans le segment interne de la trompe malade tout au moins? L'inflammation est-elle exclusivement sous-muqueuse et interstitielle, ou bien a-t-elle eu pour point de départ la surface épithéliale. L'intégrité de l'épithélium ne prouve aucunement, d'après M. le Pr Cornil, que l'inflammation n'ait pas eu pour point de départ la pénétration du pus dans la trompe. En effet, le pus peut avoir traversé, sans l'irriter

notablement, le segment interne, pour déterminer une inflammation intense au voisinage du pavillon, et, d'autre part, la présence de bactéries pyogènes dans une cavité muqueuse peut provoquer l'apparition du pus à la surface de cette dernière et l'infiltration simultanée du chorion par de petites cellules rondes, sans qu'on observe la chute de l'épithélium. M. Cornil a observé ces particularités en examinant au microscope le rectum du chat irrité expérimentalement par l'injection d'une solution concentrée de nitrate d'argent. Nous avons nous-mêmes remarqué, dans la néphrite ascendante, des lésions interstitielles intenses au niveau de tubuli dont l'épithélium était intact.

Les détails que nous venons de mentionner, et l'importance extrême des réseaux lymphatiques muqueux, interstitiels et séreux de l'utérus et de la trompe nous donnent à penser que, dans tous les cas, ou peut s'en faut, l'inflammation se propage simultanément par la voie muqueuse et la voie lymphatique, avec prédominance plus ou moins marquée de l'une ou de l'autre.

2° LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTÉRECTOMIE APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DES INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES.

Si nous exceptons, comme n'étant que de simples opérations palliatives, l'incision directe des tumeurs pelviennes suppurées et l'emploi du séton, préconisés par Lisfranc, et l'application d'un drain en anse, imaginée par Chassaignac, le traitement chirurgical des lésions inflammatoires péri-utérines date de vingt ans à peine.

En effet, l'opération de l'ovariotomie, pratiquée pour la première fois avec succès par Mac Dowel dans le Kentucky en 1869, était depuis longtemps vulgarisée pour les kystes et autres néoplasmes, lorsque Hégar (27 juillet 1872) et Battey (17 août 1872) pratiquèrent les premiers l'ablation des ovaires normaux. Leur but était d'amener une ménopause anticipée et de remédier ainsi à des cas de dysménorrhée et de névralgie de l'ovaire. Hégar perdit sa malade et ne fit sa deuxième opération qu'en 1876, longtemps après que Battey avait vulgarisé sa pratique.

L'*ablation unilatérale* de l'ovaire, faite par Lawson Tait le 11 février 1872 pour remédier à des douleurs pelviennes compliquées de réflexes nerveux, semble se rapporter à un kyste dermoïde de très petit volume. « La tumeur, non adhérente et grosse comme un œuf de pigeon, contenait une matière épaisse et grumeleuse ». L'absence de

dents et de cheveux n'est pas à notre avis une raison suffisante pour permettre de conclure *ultérieurement* qu'il s'agissait d'un abcès enkysté; et, même en admettant cette hypothèse, ce ne serait pas là l'opération de Battey et d'Hégar, qui avaient fait l'ablation bilatérale des ovaires normaux dans le but de supprimer la fonction menstruelle.

Lawson Tait fait remonter au 1er août 1872 sa première castration pour fibromyôme. Cette opération, toutefois, demeura isolée, puisqu'il ne la répéta qu'une fois en 1873, deux fois en 1879, pour atteindre à la fin de 1880 le chiffre total de quinze, en mars 1883 celui de cinquante, et en 1891 celui de deux cent soixante-cinq (5e *Congrès Fr. de Chir.*, p. 164). Les opérations de Lawson Tait n'étaient pas encore publiées, lorsqu'en 1876 Trenholme et Hégar firent à leur tour l'ablation des ovaires dans les cas de métrorrhagies dues à des fibro-myômes. Hégar (1878) conseilla le premier, afin de ne pas risquer de laisser dans le ventre une partie de l'ovaire, de comprendre dans le pédicule un fragment plus ou moins long de la trompe et dit avoir enlevé de propos délibéré, le 18 novembre 1877, un hydro-salpinx contenant un litre de liquide. En 1880, il avait pratiqué cinquante ablations d'annexes pour lésions variées.

Martin fit en novembre 1877 sa première salpingotomie, et en février 1887 le même chirurgien comptait soixante-dix-sept ablations d'annexes, dont quarante-cinq unilatérales.

Mais personne autant que Lawson Tait n'avait insisté sur l'importance de l'ablation simultanée des trompes et des ovaires. Il avait, en effet, remarqué la persistance possible des métrorrhagies après l'ablation bilatérale des ovaires et démontré le premier, en enlevant simultanément les trompes dans toutes ses opérations, l'importance de ces dernières au point de vue de la fonction menstruelle. Lawson Tait est donc sans contredit le chirurgien qui a le plus contribué à étendre et à vulgariser les indications de la castration tubo-ovarienne. Hégar se montrait plus réservé, et tout en admettant la possibilité de résultats durables dans les cas où les lésions étaient insignifiantes, il cherchait à restreindre les indications de l'opération aux cas où il existait une altération grave des trompes ou des ovaires, « pouvant mettre la vie en jeu, et amener la mort dans un court espace de temps, ou bien capable de produire une infirmité de longue durée, enlevant tout bien-être et toute jouissance de la vie ». On ne pouvait mieux formuler les indications de l'ablation des annexes.

Lawson Tait n'a pas pratiqué de prime abord l'extirpation des poches pelviennes adhérentes, et, dans ses six premières opérations de laparotomie pour suppurations pelviennes, faites de 1878 à 1883,

une de ses interventions n'est qu'une simple ouverture d'abcès par l'incision médiane, la poche s'étant trouvée adhérente à la paroi abdominale antérieure ; dans les cinq autres cas, la poche fut suturée à la paroi et drainée par cette voie.

En France, c'est à peine si Koeberlé (1878) mentionne les opérations de Battey, d'Hégar et de Trenholme, et ce n'est pas sans étonnement que nous voyons ce grand laparotomiste décrire, dans le *Dictionnaire de méd. et de chir. prat.*, l'ovarite simple et suppurée avec leurs complications, sans proposer la moindre intervention chirurgicale.

Aussi l'opération de Battey ne fut-elle pratiquée à Paris pour la première fois qu'en 1882, par Péan, qui fit trois de ces opérations la même année, une seule en 1883, et trois en 1884. Sur ces sept cas, il n'enleva une fois qu'un ovaire (3 mars 1882) (Spencer Wells dut enlever l'autre six mois après) et six malades sur sept présentaient de nombreuses adhérences péri-utérines.

Lucas-Championnière faisait à la même époque l'opération de Battey, qu'il croyait plus grave que l'ovariotomie pour tumeurs kystiques.

En 1885, Péan fit trois nouvelles ablations d'annexes par la laparotomie. L'année suivante, il revit une de ses opérées de castration bilatérale du 25 mars 1882, à laquelle on avait fait également, quelques années auparavant, l'amputation du col utérin ; cette malade souffrait de crises douloureuses plus intenses que jamais. L'utérus était resté douloureux, enflammé, et se trouvait retenu en rétroversion par des adhérences pelviennes. Péan, « sur la demande formelle du médecin, de la malade et de la famille », pratiqua l'hystérectomie vaginale (16 février 1886). Le 8 mars suivant, il enleva, par l'incision du cul-de-sac de Douglas, un ovaire procident, gros comme une mandarine. En juillet, il fit une castration bilatérale par la laparotomie, et, quelques mois après, deux opérations par le vagin : une simple ablation d'annexes, des deux côtés cette fois, et une seconde hystérectomie vaginale (novembre 1886 ; voir *Cliniques*, t. VII, p. 833).

Il avait été engagé à cette deuxième opération par son succès du 16 février, et fit l'ablation de l'utérus seul, « les annexes étant saines ». Il n'est pas mentionné de tentative de morcellement. Le col fut isolé, en avant et en arrière, et détaché de la partie inférieure des ligaments larges après l'application préalable de pinces à demeure. Péan fit alors basculer l'utérus en arrière et l'excisa. Dans sa deuxième opération, il note ainsi le manuel opératoire : « Incision circulaire et dissection du col, ouverture des culs-de-sac péritonéaux, pincement

des ligaments larges, excision de l'utérus, ligature des ligaments larges, fermeture de la plaie péritonéo-vaginale avec quatre anses métalliques ». Le 8 novembre 1887, Péan fit une nouvelle castration utérine chez une femme à laquelle il avait successivement enlevé les deux ovaires atteints de kyste dermoïde et multiloculaire le 14 avril 1885 et le 10 août 1886.

Le 12 décembre, il opéra par le vagin un cas d'endométrite compliquée de salpingite, de pelvi-péritonite, et de kystes suppurés des deux ovaires : l'utérus volumineux, enflammé, douloureux, était immobilisé au milieu de tumeurs demi-liquides, prises par d'autres médecins pour des kystes tubaires, et pour lesquels on avait proposé la laparotomie. Péan reconnut, outre l'endométrite et les salpingites concomitantes, un kyste de l'ovaire gauche, enflammé, remontant jusqu'à l'ombilic, et fit l'ovario-hystérectomie vaginale. Il pratiqua l'ablation de l'utérus à l'aide de la section bilatérale du col et du corps, fit basculer le fond de l'utérus et l'enleva grâce à l'application de quinze pinces à demeure. Voyant alors que les deux ovaires étaient kystiques, et reliés aux organes voisins par des adhérences générales, il les ponctionna, les isola avec le doigt, et les excisa avec les trompes en appliquant sur leur pédicule trois nouvelles pinces. Les ovaires contenaient, le gauche « deux verres, le droit, cinq verres de pus ».

Le 20 décembre suivant, Péan opéra par la même voie une femme atteinte de métrite interne, de salpingite, et d'un kyste ovarique gauche ouvert dans le rectum. Péan fit l'excision du col, parce qu'il était trop friable, et, après avoir, grâce à l'application de dix pinces à demeure, enlevé l'utérus, il reconnut l'ovaire gauche kystique et les trompes au milieu d'adhérences générales : la tumeur ovarienne fut ponctionnée et il s'écoula d'une première loge un verre de liquide séreux; cette ouverture étant agrandie avec une longue pince, Péan aperçut une deuxième loge, qui donna à la ponction un demi litre de pus mêlé de matières fécaloïdes et de gaz; il extrait ensuite un litre de liquide crémeux, exprime les trompes, qui contiennent chacune un demi verre de pus, et les laisse en place, ainsi que l'ovaire droit, en prenant le soin de réséquer, sans rompre les adhérences supérieures, les lambeaux du kyste ovarien suppuré, et de suturer à la plaie vagino-péritonéale ce qui en est conservé.

Ces deux premières opérations se rapportent, comme le dit Péan lui-même, à des kystes de l'ovaire suppurés, c'est-à-dire à ces suppurations pelviennes que nous considérons comme *secondaires* à des affections néoplasiques, et non pas à des ovaro-salpingites.

Péan n'appliqua la castration utérine au traitement des suppurations

péri-utérines *primitives* (ovarite, salpingite, pelvi-péritonite) que le 6 mars 1888. Il répéta cette opération le 2 juin et le 30 août de la même année. Son opération du 12 juin se rapporte encore à une suppuration pelvienne secondaire. Il s'agissait d'un kyste du ligament large contenant deux litres de pus. (Voir Sécheyron, p. 784, 608, 609, 785).

M. Péan n'avait pas encore réglé son opération de morcellement telle qu'il la décrivit en 1890 au *Congrès de Berlin* (voir plus loin) et, sur huit hystérectomies totales pour fibrômes, pratiquées par lui, en 1887, il ne note que trois fois l'excision du col.

A cette époque, les ablations d'annexes se faisaient donc à peine en France, car Péan n'en avait pratiqué que dix-huit en six ans, dont onze laparotomies, deux ablations d'ovaires par le vagin (une unilatérale) et cinq hystérectomies vaginales (deux en 1886, trois en 1887), et les *Bulletins de la Société de Chirurgie* ne mentionnent en 1887 que cinq opérations pour pyo et hémato-salpinx dues à Bouilly, Terrillon (2), Pozzi, Routier.

Labbé, Lucas-Championnière, Terrier, Périer, etc., etc., firent également, à cette époque, des ablations d'annexes enflammées et adhérentes. La première opération de Terrillon date de novembre 1886.

Lawson Tait avait alors en France la réputation de guérir par la laparotomie les péritonites suppurées : nous avons eu bientôt l'explication de ces succès opératoires, quand nous avons pu apprécier, au cours de nos laparotomies, combien différaient en gravité la *péritonite pelvienne localisée* et la *péritonite généralisée.* Bien mieux, les recherches bactériologiques nous démontrèrent que nombre de suppurations pelviennes étaient exemptes de bactéries, c'est-à-dire qu'elles n'étaient pas virulentes. Que de succès de prime abord incroyables s'expliquaient aisément, le pus se fût-il répandu au loin, pendant l'opération dans la cavité péritonéale !

La question des suppurations pelviennes fut soulevée, à la *Société de Chirurgie* de Paris, le 2 juillet 1890, par une communication de M. Bouilly sur le traitement par l'incision vaginale d'une variété de « salpingo-ovarites suppurées ». Péan, le 8 juillet suivant, fit à *l'Académie* sa première communication sur *le traitement des suppurations, d'origine utérine, ayant pour siège l'utérus et ses annexes.*

« Le point de départ des lésions pelviennes étant le plus souvent
» l'utérus, Péan recommande de s'adresser tout d'abord à l'endométrite
» primitive. Les topiques astringents, la dilatation, le curettage,
» suffisent dans les cas où la muqueuse utérine est seule en jeu. La
» suppuration a-t-elle envahi les annexes et le petit bassin, il faut

» recourir, soit, dans les cas bien déterminés, à l'incision vaginale
» et au drainage, soit dans les cas graves, à l'ablation totale de l'utérus,
» et, s'il est possible, des annexes. Péan pratique à cet effet la désin-
» sertion du col, puis l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux, et le
» pincement progressif, de bas en haut, d'un des ligaments larges, en
» prenant la précaution de sectionner les parties isolées par chaque
» pince, avant d'en appliquer une nouvelle. On fait ensuite basculer
» dans le vagin le fond de l'utérus et on saisit de haut en bas l'autre
» ligament ; puis on libère l'utérus. Péan rejette la forcipressure en
» masse, de bas en haut, des ligaments larges. Dans les cas difficiles,
» la section progressive de bas en haut d'un des ligaments, bien que
» très avantageuse, ne permet pas toujours d'enlever l'utérus d'une
» pièce : il faut alors recourir au morcellement...... Lorsque l'utérus
» a été enlevé, il est facile de se rendre compte de l'état des annexes,
» et de les exciser, s'il est nécessaire. Les fistules vésicales et rectales
» et l'étendue des poches purulentes ne sont pas une contre-indication
» de l'hystérectomie, bien au contraire : la castration utérine par le
» vagin, termine Péan, est l'opération de l'avenir ; *elle sauvegarde tout à*
» *la fois la réputation du chirurgien et la santé des malades* ». (*Bullet. méd.*, 1890, p. 633).

Péan décrivit en détail son procédé de morcellement au *Congrès de Berlin* (août 1890 ; an. in *Bull. méd.*, p. 817). Il pratique à cet effet : 1° l'abaissement et la dissection du col, et l'ouverture, s'il y a lieu, du péritoine ; 2° l'hémostase des ligaments larges, faite en appliquant de longues pinces de chaque côté de l'utérus ; 3° l'ablation du col, qui est d'abord incisé latéralement, de sa cavité vers l'extérieur, dans toute sa hauteur ; on resèque ensuite transversalement les deux valves ainsi obtenues ; 4° l'incision bilatérale du corps et son morcellement progressif jusqu'à ce qu'on aperçoive le fond de l'utérus ; il faut alors compléter l'hémostase des ligaments larges, dont le bord supérieur est devenu accessible à la vue. L'opérateur, n'ayant plus à craindre d'hémorragie, excise alors le fond de l'utérus en continuant le morcellement. L'utérus détaché, si les annexes sont altérées, on en fait l'ablation, après avoir placé au delà plusieurs pinces à longs mors.

La communication de Bouilly à la *Société de Chirurgie* et celle de Péan à l'*Académie* provoquèrent devant la première de ces sociétés une discussion à laquelle prirent part Terrillon, Terrier, Pozzi, Le Dentu, etc. Terrillon dit qu'après avoir eu quelques mécomptes de l'incision vaginale il traita, dès 1887, à l'exemple de Lawson Tait, les suppurations pelviennes par la laparotomie. Tout d'abord il fit l'incision simple et le nettoyage des poches suppurées ; puis, s'apercevant

qu'elles pouvaient être enlevées, il en fit la décortication depuis 1888 et obtint ainsi des succès plus rapides.

Terrier est du même avis et pense qu'une température de 40° n'est pas une contre-indication de la laparotomie. Il admet l'hystérectomie vaginale, préconisée par Péan, comme supérieure à la simple incision vaginale ; mais il la considère comme inférieure à la laparotomie.

Les communications de Péan à l'Académie et au Congrès de Berlin restèrent toutefois sans grand écho jusqu'à la communication de M. Segond, le 25 février 1891, à la *Société de Chirurgie.*

M. Segond, peu après la première communication de Péan, avait assisté à une de ses opérations de castration utérine. Frappé par les avantages de ce mode d'intervention, il le mit lui-même en pratique le 9 août suivant. Il avait fait vingt-trois fois cette opération, lorsqu'il la proposa devant la *Société de Chirurgie* comme étant le procédé de choix dans les cas de suppurations pelviennes. Terrillon fit sa première hystérectomie vaginale pour lésion péri-utérine suppurée le jour même de la communication de Segond, c'est-à-dire le 25 février 1891, et en fit part à la Société dans la même séance. La nouvelle opération devait subir bien des attaques, et Richelot lui-même, le 4 mars suivant déclare que, bien qu'il ait fait dix-huit fois depuis deux ans l'hystérectomie vaginale pour des cas de fibrômes, de névralgies et de prolapsus, il reste partisan exclusif de la laparotomie pour les lésions des annexes, et n'excepte, en faveur de la castration utérine, que quelques formes rares de suppurations pelviennes : *tout doit être sacrifié selon lui, sauf la vie du malade, à l'extirpation des poches purulentes.*

Reclus suivit de près Terrillon (25 mars 1891). Terrier, Bouilly, Lucas-Championnière, Richelot, Bazy, etc., demeurèrent au contraire partisans de la laparotomie dans la plupart des cas, rejettant l'hystérectomie au nombre des opérations d'exception. Pozzi se montra plus intransigeant, s'il est possible, pour être obligé de convenir plus tard de l'infériorité de la laparotomie dans bien des cas.

Toutefois, dans la séance du cinquième Congrès français de Chirurgie consacrée à la discussion des *suppurations pelviennes* (1er avril 1891), si nous exceptons la communication de Segond et la nôtre, il n'est question que de laparotomies. Sir Spencer Wells, Lawson Tait, Jacobs, Le Dentu, Bouilly, Routier et Richelot, etc., ne mentionnent que des laparotomies. Terrillon cite sans insister son unique hystérectomie du 25 février r891.

Segond donne les résultats comparatifs de quarante-huit opérations, dont trente hystérectomies, et nous de cinquante-six opérations, comprenant quatre cas d'incision inguino-sous-péritonéale, trente-deux

laparotomies et vingt hystérectomies vaginales. Ces communications, qui confirmaient d'une façon si éclatante celles de Péan à l'Académie et au Congrès de Berlin, entraînèrent bientôt, à la suite des partisans encore si peu nombreux de l'hystérectomie, de nouveaux adeptes et tout particulièrement Jacobs, Rouffart, Richelot et Bouilly.

Le nombre des orateurs inscrits au présent Congrès pour discuter le meilleur mode d'intervention dans les cas de suppurations pelviennes, et enfin le choix de Segond comme rapporteur, sont les meilleures preuves que la question de la castration utéro-ovarienne par la voie vaginale est toute d'actualité.

II. — Statistique personnelle.

Nous espérons contribuer pour notre part à la solution de ce problème en développant les résultats de notre pratique personnelle.

Notre première ablation d'annexes a été faite de propos délibéré par la voie vaginale le 3 décembre 1887, pour une métrite purulente compliquée de double ovaro-salpingite suppurée. Ultérieurement, nous avons pratiqué, suivant les cas, tantôt la castration utérine, tantôt la laparotomie, et, comme nous le verrons en commentant nos observations, après avoir été séduit quelque temps par la possibilité d'enlever par la laparotomie la totalité des poches pelviennes, nous avons éprouvé, dans quelques cas graves, des insuccès qui nous ont bien vite conduit à revenir exclusivement, chaque fois que les annexes des deux côtés doivent être sacrifiées, à la castration totale par le vagin.

Nous croyons utile, à l'exemple du rapporteur et de la plupart des orateurs inscrits, de ne pas séparer, pour l'appréciation des diverses méthodes opératoires, les opérations ayant pour but la guérison des lésions des annexes, suppurées ou non.

Nous éliminons au contraire de la discussion les suppurations secondaires aux grosses tumeurs abdominales (kystes ovariques et fibrômes), que l'infection bactérienne ait ou non pour point de départ l'utérus ou les annexes. Ces tumeurs volumineuses, qui, par suite de leur développement, ont cessé d'habiter le petit bassin pour distendre la paroi abdominale antérieure, ne font plus partie, au point de vue des indications opératoires, des tumeurs pelviennes, et ne sont justiciables que de la laparotomie.

Si nous négligeons cette classe bien distincte de suppurations pelviennes, nos observations sont au nombre de cent quarante-cinq et

comprennent : huit cas d'incision inguino-sous-péritonéale, soixante laparotomies et soixante-dix-sept hystérectomies vaginales.

Nous chercherons à mettre en relief, tant au point de vue de l'étiologie que de l'anatomie pathologique, du diagnostic et des indications opératoires, les différentes particularités dignes d'intérêt que nous avons rencontrées au cours de nos opérations.

1° *Etiologie.* — Les inflammations péri-utérines ont habituellement pour origine l'infection spontanée ou traumatique de la muqueuse vagino-utérine. La blennorrhagie et les suppurations post-puerpérales sont parmi les premières les plus fréquentes; dans ces cas, la suppuration de la cavité utérine est souvent pendant longtemps la seule manifestation de l'infection, contrairement aux assertions purement théoriques de Poirier : « Qu'une inflammation intra-utérine ne peut survenir sans que le péritoine utérin y prenne une part quelconque, grosse ou petite » ; et Pozzi se contredit en écrivant : « Les faits que j'ai observés me démontrent que la grande majorité des inflammations péri et para-utérines ne sont que des salpingites et des péri-salpingites; les lymphatiques y jouent un grand rôle, mais ce rôle est lui-même subordonné à l'inflammation antérieure de la muqueuse de l'utérus et *de son prolongement dans l'oviducte* ». En effet, si la muqueuse tubaire est infectée primitivement, par simple pénétration des bactéries qui pullulent dans la cavité utérine, il n'est plus besoin de recourir à la lymphangite pour éclaircir l'étiologie des pelvi-péritonites. Il est même probable que, dans les cas où l'infection se propage par contiguité de la muqueuse utérine à celle de la trompe, le processus inflammatoire a pour siège bien plus le réseau lymphatique propre de la muqueuse que sa couche épithéliale, si souvent intacte, l'infection des culs-de-sac glandulaires étant la cause principale de la ténacité de toute métrite interne suppurée.

Quand l'inflammation est traumatique, s'agirait-il d'un simple cathétérisme intempestif, de l'ablation d'un petit polype, d'une opération sur le col, la lymphangite est alors le phénomène primordial, personne ne saurait le contester.

Nous avons vu d'ailleurs, en étudiant plus haut les anastomoses des lymphatiques de la trompe avec les troncs efférents de l'utérus et la richesse du réseau séreux qui revêt la totalité de la surface de l'utérus et des annexes, pour se prolonger par des néoformations d'une abondance extrême sur les adhérences inflammatoires, que le péritoine pelvien peut être infecté par voie lymphatique en dehors de toute lésion des trompes, et que l'ovarite est le plus souvent la conséquence des mêmes phénomènes, les lymphatiques propres de

l'ovaire ne s'anastomosant que très haut avec les troncs venus de l'utérus, tandis que la salpingite proprement dite, c'est-à-dire l'inflammation de la muqueuse tubaire, se fait le plus souvent par propagation directe. La meilleure preuve du rôle important que joue dans la production de la pelvi-péritonite le réseau séreux des organes génitaux internes est l'absence habituelle d'engorgement ganglionnaire dans les cas d'ovarite, de salpingite et de pelvi-péritonite suppurées; l'inflammation s'étend de proche en proche à la surface de la séreuse, en dehors de toute infection des gros troncs efférents; cette infection produirait au contraire l'adénite simple ou suppurée (phlegmons du ligament large ou juxta-pubiens).

2° *Étude bactériologique des suppurations pelviennes.* — Nous avons toujours pratiqué dans notre laboratoire privé l'examen bactériologique des cas dignes d'intérêt; on rencontre dans les foyers de salpingite ou d'ovarite suppurées plusieurs espèces de bactéries; en première ligne : le *streptocoque pyogène* qui, d'après nos recherches et celles de Widal, est l'agent infectieux exclusif de la fièvre puerpérale, dans ses manifestations les plus diverses. Nous avons démontré que ce streptocoque se rencontrait à l'état de pureté dans les formes foudroyantes comme dans les formes prolongées de l'état puerpéral, caractérisées par l'évolution de phlébites, de pleurésies, de suppurations métastatiques articulaires ou autres; ces localisations du streptocoque se produisent en pareil cas par voie embolique et sont le plus souvent bénignes, quand la malade a pu supporter victorieusement les premières atteintes de l'infection. Nous avons également observé à diverses reprises au cours d'accidents puerpéraux à forme prolongée un autre streptocoque qui est mentionné dans notre communication au cinquième Congrès français de Chirurgie sur les bactéries pyogènes.

Le *gonocoque* est également l'un des agents les plus habituels des suppurations pelviennes; mais il est plus difficile à reconnaître que le streptocoque, surtout s'il n'est pas abondant et si on ne peut constater de ce fait, ni son groupement caractéristique dans les leucocytes ou les épithéliums, ni sa décoloration par le procédé de Gram. Les cultures de gonocoques sont difficiles à obtenir, et nous n'avons jamais pu reproduire en séries nos premières colonies toujours très grêles. C'est à Bernutz que nous devons d'avoir bien mis en lumière l'importance étiologique de la blennorrhagie dans les inflammations péri-utérines.

On rencontre aussi dans le pus des salpingites le *bacterium coli commune*, et les *bacilles* que nous avons décrits dans la septicémie urineuse. Le *staphylococcus aureus* n'y est pas des plus communs, au

moins pour ce qui concerne nos observations personnelles et celles de notre assistant, M. le Dr Roussel (de Reims).

Une seule fois nous avons observé, dans un foyer énorme et très ancien, étendu à la totalité du petit bassin, le *pneumocoque de Fraënkel* à l'état de pureté. Tous les microbes pyogènes peuvent d'ailleurs se rencontrer dans les suppurations pelviennes, et si nous avons omis de mentionner le *bacille tuberculeux* et le *cladothrix* de l'actinomycose, c'est à dessein, car les lésions péri-utérines qui sont sous leur dépendance, tout en se rapportant d'habitude à un type clinique particulier et bien distinct de l'évolution des suppurations pelviennes proprement dites, donnent lieu aux mêmes indications opératoires.

Les bactéries que nous venons de mentionner peuvent toutes se rencontrer dans le conduit vaginal, où elles sont associées le plus souvent à diverses espèces saprogènes ; toutefois nous avons trouvé à l'état de pureté, dans le vagin normal, et chez une personne vierge atteinte de fibrôme utérin, le streptocoque pyogène (1).

---

(1) Cette malade souffrit au cours de sa eonvaleseenee d'une phlegmatia aecompagnée d'accidents fébriles.

Ces mêmes streptocoques devaient exister dans la cavité utérine et ont infecté, en pénétrant dans les capillaires veineux, les sinus et de là la veine crurale. On peut, en effet, comparer en petit à la plaie utérine qui succède à l'accouehement, et où les sinus veineux se trouvent largement ouverts au point où s'est détaché le placenta, la rupture des capillaires et des petites veines au moment des règles, ou au eours des métrorrhagies pathologiques. On ne s'étonnera pas de la possibilité de la phlegmatia si l'on considère que les écoulements leucorrhéiques qui se produisent chez les femmes atteintes de fibrômes dans l'intervalle des hémorragies, ne sont autres qu'une véritable suppuration, et se montrent riches en baetéries.

Bastard (Thèse, 1882) attira le premier l'attention sur la phlegmatia ehez les femmes atteintes de fibrômes. Sa thèse, qui fut inspirée par notre cher maître le Dr Bernutz, contient quinze observations dont les plus anciennes datent de 1848 (Barth., *Bullet. Sociét. anat.*); de 1854, (Guyot, *Bull. Sociét. anat.*); de 1859 (Bernutz et Goupil, tom. I, p. 371); de 1876 (Lasègue); de 1877-78, (Duguet et Sevestre); 1879 (Duplay); de 1881 (Brouardel et Siredey, Millard). L'observation la plus récente, du 30 juin 1881, provient du service de Bernutz.

L'abondance de la leucorrhée, les symptômes inflammatoires péri-utérins, la fièvre, sont notés dans presque toutes les observations, et on n'a guère eonstaté, au eours des autopsies, la compression directe des veines iliaques, alors généralement mise en eause, ainsi que l'altération du sang, imputée à l'anémie ou à toute autre dyscrasie mal déterminée.

L'origine infectieuse de la phlébite dans les cas de cancers est souvent liée à la présence, dans le néoplasme, de bactéries pathogènes que l'on y a souvent considérées par une faute d'interprétation comme les micro-organismes spéeifiques du eaneer.

3° *Anatomie pathologique.* — Les suppurations pelviennes appartiennent à diverses variétés anatomiques; nous les avons toutes observées.

Le phlegmon du ligament large et les différentes variétés de salpingites, d'ovarites, et de pelvi-péritonites sont bien décrites dans les livres récents et tout particulièrement par S. Pozzi (*Traité de Gynécol.*, 1892) et Segond (*Traité de Chirurg.*, 1892, tome VIII), etc.

Nous ne nous attacherons donc ici qu'à faire ressortir les particularités anatomiques que nous avons observées au cours de nos opérations telles que : 1° l'intégrité des annexes dans l'inflammation du ligament large et l'induration à forme subaiguë du tissu cellulaire péri-utérin; 2° les kystes purulents tubo-pelviens; la symphyse pelvienne et la forme intra-ligamentaire des salpingites.

a) *Inflammation du tissu cellulaire pelvien* (*intégrité des annexes*). *Production de masses indurées péri-utérines sans collection purulente.* — Les diverses formes cliniques du phlegmon du ligament large sont admises par tous les auteurs classiques; la question la plus controversée est celle des rapports qui existent entre l'inflammation de ce ligament d'une part, celle des trompes et des ovaires de l'autre.

P. Poirier (*Progr. méd.*, 1890, p. 66) se refuse à admettre l'exactitude de la théorie de Terrillon (*Société de Chirurg.*, 26 déc. 1888) pour qui « le phlegmon du ligament large est le résultat d'une inflammation de la trompe, au même titre que l'épididymite dans l'orchite blennorrhagique est la cause de l'induration du scrotum ».

Une de nos observations prouve que le phlegmon classique du ligament large se produit sans lésion concomitante des annexes et confirme les idées de Poirier, qui admet que l'inflammation du ligament large lui-même n'est que secondaire à celle des lymphatiques de son bord inférieur et des ganglions de son bord externe ou ganglions iliaques.

En effet, en pratiquant une laparotomie chez une femme opérée trois ans auparavant d'un phlegmon classique du ligament large, d'origine puerpérale, nous avons constaté de ce côté un simple raccourcissement du méso de la trompe et de l'ovaire, sans trace d'adhérences anciennes ni de brides inflammatoires pelviennes. La trompe était absolument saine et les ovaires étaient atteints de dégénérescence scléro-kystique simple. Il n'y avait pas eu antérieurement d'ovaro-salpingite suppurée.

Nous avons observé trois fois d'énormes indurations péri-utérines à marche subaiguë et sans tendance à la formation d'une collection purulente.

Ces trois femmes, jeunes, et en dehors de l'état puerpéral, présentaient les signes d'un affaiblissement progressif. L'état grave était des plus inquiétants. Le médecin traitant croyait chez l'une d'elles à un cancer.

Nous avons porté le diagnostic de masses inflammatoires pelviennes sous-péritonéales : le début remontait à plusieurs mois; la température oscillait aux environs de 38°5, et, dans l'un des cas, elle dépassa même 39° le jour de notre premier examen : cette exacerbation était due aux fatigues d'un long voyage.

Nous avons pratiqué chaque fois, de propos délibéré, l'incision inguino-sous-péritonéale, si improprement dénommée par S. Pozzi du terme équivoque et contradictoire de « laparotomie sous-péritonéale ». Cette voie nous permit d'atteindre aisément les masses inflammatoires en plein ligament large, et de les dissocier jusqu'au niveau du cul-de-sac latéral du vagin.

Les masses, infiltrées de lymphe plastique, occupaient le bord externe du ligament large et se trouvaient en contact avec la paroi pelvienne. Elles étaient au voisinage de la chaîne des ganglions iliaques, où aboutissent des vaisseaux du vagin et du col utérin qu'a décrit Poirier. La sérosité qui s'écoule de ces tissus enflammés est le plus souvent assez riche en bactéries et se montre en tous points semblable à celle que l'on extrait, par l'incision précoce, d'un phlegmon circonscrit.

b) Inflammation des annexes et pelvi-péritonite. Kystes purulents tubo-pelviens; symphyse pelvienne; salpingites intra-ligamentaires. — S'agit-il au contraire d'une salpingite suppurée, les lésions de la péritonite pelvienne, qui peuvent toutefois exister isolément par propagation directe de la muqueuse utérine au réseau séreux péritonéal (Poirier), suivent de près l'infection microbienne des annexes, et il est bien rare d'extirper, au cours d'une laparotomie pour inflammation purulente des annexes, des tumeurs nettement enkystées et non adhérentes de l'ovaire ou de la trompe.

Les adhérences péritonéales englobent bientôt les annexes enflammées ; et, si parfois l'extrémité abdominale de la trompe est complètement fermée, il arrive aussi fréquemment que les franges du pavillon dilaté viennent se mettre en contact avec le péritoine pelvien et y adhèrent intimement, de telle sorte que ce dernier, en obturant le pavillon, contribue à former une certaine étendue des parois de la poche. En énucléant la trompe, on est obligé de la détacher de ses adhérences, et le kyste purulent se trouve rompu, ce qui ne laisse pas d'être d'un pronostic fâcheux, si le pus est très virulent, et si l'on n'a pas pu vider la poche par une ponction préalable.

Les fausses membranes pelviennes s'enlèvent facilement à la curette.

Ces kystes purulents, formés en partie par le pavillon de la trompe dilatée, en partie par les parois pelviennes, s'observent fréquemment.

Il n'est même pas rare, quand l'inflammation est très ancienne, de rencontrer une véritable symphyse pelvienne ; dans ces cas, à l'ouverture du ventre, le petit bassin est entièrement comblé par les adhérences, et ce n'est qu'après avoir détaché l'épiploon, quelques anses d'intestin grêle, et souvent aussi l'S iliaque, entièrement déplacé, que l'on peut atteindre la vessie, puis en arrière d'elle, l'utérus et ses annexes, informes et presque méconnaissables.

Le volume des kystes tubo-ovariens inflammatoires est fort inconstant, et leur contenu varie de quelques grammes à un litre et plus ; les poches d'une contenance supérieure à 500 grammes sont toutefois assez rares. Outre les poches tubo-ovariennes, il n'est pas rare de rencontrer des loges purulentes intra-péritonéales, enkystées au milieu des adhérences.

— Nous décrirons enfin une variété anatomique peu connue de la salpingite hémorragique ou purulente, variété qu'il nous a été donné d'observer et d'étudier plusieurs fois au cours de nos laparotomies.

Le ventre ouvert, nous sommes tombé sur quelques adhérences, puis sur de volumineux kystes tubaires, situés de chaque côté de l'utérus ; après avoir isolé le rectum et détruit les adhérences qui comblaient le cul-de-sac recto-utérin, nous nous aperçûmes qu'il était impossible, en attaquant par derrière les poches indurées, de les détacher, comme nous en avions l'habitude, du péritoine pariétal, en insinuant entre la séreuse et les parois kystiques l'index et le médius gauches.

Un examen attentif nous permit alors de reconnaître que la séreuse recouvrait les poches tubo-ovariennes et passait au-dessus d'elles, comme s'il se fût agi d'un kyste du ligament large. L'incision de la séreuse fut aussitôt pratiquée, au point culminant de la tumeur gauche, et celle-ci fut énucléée sans peine de sa loge sous-péritonéale.

La même manœuvre fut pratiquée de l'autre côté, et, l'ablation des kystes terminée, il ne resta plus, après la toilette du péritoine, qu'à suturer en surjet les lambeaux du ligament large. Nous avions donc à faire, dans ces cas, à de véritables ovaro-salpingites enkystées du ligament large. Ces poches ayant été énucléées en totalité, il nous a été possible d'en pratiquer l'examen : elles étaient bien constituées par les annexes dilatées, et particulièrement par la trompe, dont on pouvait suivre le pédicule utérin. Il est probable qu'en augmentant de

volume, la trompe, au lieu de distendre sa tunique péritonéale, s'était coiffée, en le soulevant et en l'attirant, du péritoine de revêtement du ligament large. On sait d'ailleurs que bien des kystes ligamentaires n'ont pas d'autre pathogénie, et qu'un kyste, primitivement développé aux dépens des annexes ou des tubes épithéliaux de l'aileron moyen du ligament large, devient pédiculé ou intra-ligamentaire, suivant qu'au cours de son développement il distend en se pédiculisant la séreuse qui le revêt, ou se coiffe au contraire, en s'insinuant au-dessous de lui, du péritoine pelvien. C'est ainsi que certains kystes ovariques, en apparence pédiculés, envoient dans le ligament large un diverticule notable, qui ne peut être énucléé que par décortication sous-péritonéale.

Il est fort probable que ce point de l'anatomie pathologique des salpingites est encore peu connu, si l'on en juge par les plus récents traités.

Pozzi signale en effet, page 647, la suppuration possible d'un kyste de l'ovaire ou du ligament large, par suite du voisinage d'une trompe suppurée, et l'ouverture de ce kyste dans la trompe. Plus loin, citant une observation de Lawson Tait, où la poche hématique dépassait l'ombilic, il émet l'opinion « qu'il devait exister dans ce cas, en même temps que l'hémato-salpinx, une hématocèle intra-péritonéale enkystée » (p. 650). A propos des abcès pelviens, il pense que, dans « les cas de grosses poches purulentes, soudées latéralement au pelvis, et en haut à l'épiploon et à l'intestin, il s'agit presque toujours d'un kyste purulent tubaire, d'abord libre, puis soudé par un travail ultérieur; on peut s'assurer de l'exactitude de cette interprétation, dit-il, en pratiquant la décortication de la poche... Quand ce travail hardi est terminé, on remarque que le kyste est muni d'un pédicule interne inséré sur la corne de l'utérus, et l'on reconnaît qu'on avait véritablement affaire à la trompe dilatée. Reste cependant parmi ces collections enkystées un certain nombre de cas où la fusion avec les parties voisines est telle qu'une ablation totale serait impossible ou trop dangereuse...: le nom d'abcès pelviens peut être conservé à ces collections purulentes non énucléables ». Pozzi assimile aux abcès pelviens les kystes du ligament large et certaines hématocèles ayant suppuré (p. 680).

On voit d'après ces citations qu'il ne donne pas de description de ces poches tubo-ovariennes intra-ligamentaires dont nous avons reconnu le siège anatomique au cours de la laparotomie. Nos hémato et pyo-salpinx intra-ligamentaires rentrent dans la catégorie des collections non énucléables de Pozzi. Le doigt ne peut les contour-

ner, à moins de délabrements énormes, tant qu'on n'a pas pris soin d'inciser le péritoine qui les recouvre, pour en pratiquer la décortication sous-séreuse. Il est aisé de s'assurer, par l'examen de la pièce, qu'il s'agit bien d'une poche dépendant des annexes. Il suffit à cet effet de rechercher les connexions des parois du kyste et du pédicule tubaire.

Péan (opération du 12 juin 1888, in Sécheyron, p. 785) a observé un kyste purulent intra-ligamentaire qui paraît se rapporter à cette variété de salpingite que nous venons de décrire. Il en est de même des deux kystes ligamentaires cités par Lawson Tait (p. 467) et qui étaient remplis d'un mélange de sang et de pus.

Nous citerons enfin pour mémoire un cas de salpingite aiguë suppurée (1), guérie spontanément par l'évacuation du contenu de la trompe dans l'utérus. Les accidents ne se sont pas reproduits, et la malade a été traitée par le simple repos au lit et les injections vaginales antiseptiques.

Nous n'insisterons pas sur les suppurations péri-utérines secondaires au cancer, aux fibrômes et aux kystes ovariens de petit volume. Ces suppurations donnent lieu aux mêmes indications opératoires que les autres variétés.

4° *Diagnostic.* — Le diagnostic des lésions péri-utérines a depuis longtemps passionné les cliniciens. Lisfranc, Nonat, Bernutz discutaient d'après les données du toucher et du palper combinés. Et si ces discussions théoriques, qui ont si longtemps divisé nos devanciers, ne pouvaient aboutir, c'est qu'ils devaient souvent attendre de longues années, avec la mort des malades observées, la confirmation anatomique de leurs idées. La pratique courante de la laparotomie, qui permet aux chirurgiens de vérifier sur le champ l'exactitude de leur diagnostic, devait, par là même, les conduire à résoudre en peu d'années les points les plus délicats de la pathologie utérine.

Bernutz enseignait à ses élèves la pratique du toucher et du palper

(1) L'évacuation définitive ou intermittente d'un kyste tubaire dans l'utérus a été signalée par Haussman (1876) et se trouve mentionnée par Martin et les auteurs classiques sous le nom de *salpingite profluente*. « L'écoulement du liquide par le vagin est suivi d'un soulagement immédiat et l'exploration indique la disparition de la poche auparavant perceptible sur le côté de l'utérus ». Dans ces cas, le segment interne de la trompe n'est oblitéré que momentanément par un bouchon muco-purulent. M. Routier a signalé un cas d'évacuation intermittente d'un pyo-salpinx qu'il extirpa avec succès par la laparotomie (1887). « La pression dans la fosse iliaque droite déterminait l'écoulement d'une certaine quantité de pus par le col ».

combinés, et c'est à ce savant maître que nous avons dû d'apprendre, en 1881, dans son service de la Pitié, à reconnaître, par cette double exploration, l'ovaire et la trompe, altérés ou non, et à délimiter l'utérus des masses inflammatoires intra-péritonéales, constituées par les annexes et les fausses membranes. Nous eûmes même la bonne fortune de rencontrer, dans une des autopsies du service, un cas remarquable de pelvi-péritonite ancienne ou mieux de pachy-péritonite, où le petit bassin se montrait cloisonné en plusieurs loges par de minces « septa », sillonnés non-seulement de nombreux lymphatiques, mais aussi d'énormes veines; les cloisons étaient assez résistantes pour expliquer en pareil cas la production sous l'influence d'un choc violent ou d'une poussée congestive par la rupture d'un de ces vaisseaux adventices, des diverses variétés d'hématocèle intra-péritonéale enkystée.

Aussi quelle reconnaissance n'avons-nous pas éprouvée pour ce grand clinicien quand, livré à nos propres forces, nous avons entrepris l'ablation des annexes enflammées ou purulentes. L'exploration du petit bassin n'est, en effet, qu'un jeu pour un gynécologiste exercé et rompu à la pratique de la laparotomie et de l'hystérectomie. Aussi le diagnostic de l'état des annexes, de leur mobilité, de leur volume, de la bilatéralité des lésions, nous semble-t-il possible dans la grande majorité des cas. Le contenu des poches pelviennes peut lui-même être soupçonné par l'analyse méthodique des symptômes, et, dans les cas aigus, la douleur, le péritonisme, la courbe thermique permettent à eux seuls de prévoir une suppuration pelvienne. Tout différents sont, en effet, les signes de la pelvi-péritonite aseptique, qui se produit le plus souvent à la suite d'une petite hémorragie intra-péritonéale d'origine menstruelle, ou, comme nous l'avons observé à plusieurs reprises, à la suite de la rupture spontanée d'un kyste hématique des annexes ou d'une grossesse tubaire. Dans ces cas, l'angoisse est extrême, le facies péritonéal, la douleur poignante; mais on n'observe que peu ou point d'élévation de la température, et la résorption de l'épanchement est si rapide, que nous l'avons vu disparaître presque sous nos yeux, sans qu'il en subsiste d'autres traces lors de la laparotomie, faite quelques semaines après, qu'une véritable symphyse de tous les viscères du petit bassin, sans collection liquide. La pelvi-péritonite aseptique peut être également la conséquence de la production d'une hématocèle enkystée ou de la torsion du pédicule d'une tumeur ovarienne.

L'altération des traits, les vomissements, la fièvre, le délire, les frissons, et enfin les élancements pathognomoniques de la formation

du pus ne permettent guère de confondre les accidents de suppuration pelvienne avec ces pelvi-péritonites non microbiennes et si bénignes que nous venons de mentionner.

S'agit-il d'un cas subaigu, l'infection bactérienne d'un foyer ancien de salpingite ou de pelvi-péritonite se révèle presque toujours par l'apparition d'élancements nocturnes, de telle sorte que la patiente, qui, avant toute infection microbienne de ses foyers inflammatoires, pouvait, par le simple repos au lit, amener la sédation de ses douleurs, souffre également jour et nuit jusqu'à ce qu'une accalmie momentanée lui donne l'illusion d'une guérison durable.

La cachexie toute spéciale des malades, leur démarche, l'ancienneté du début des accidents, et surtout l'élévation vespérale de la température vaginale et la douleur nocturne, quand elle existe, sont, après un examen local méthodique, des signes de certitude de la présence du pus.

Quel est le siège de la lésion ? L'exploration seule nous éclairera sur ce point délicat. Le phlegmon du ligament large n'en occupe que la région la plus externe et se trouve au contact de la paroi pelvienne; bientôt il envahit la fosse iliaque au voisinage de l'arcade crurale.

Les masses indurées péri-utérines que nous avons signalées, ont une marche beaucoup moins rapide. Leur évolution est subaiguë ou chronique et la température dépasse à peine 38°. On hésite dans certains cas à leur attribuer exclusivement la cachexie extrême de la malade. La guérison, qui suit de près la disparition de ces masses après l'incision inguino-sous-péritonéale et le tamponnement de la plaie, prouve qu'il ne faut pas chercher ailleurs la cause des symptômes observés.

Les lésions des annexes sont parfois peu accessibles. Tel était le cas chez notre première opérée de castration totale. Les parois abdominales étaient épaisses, le ventre ballonné, et c'est à grand'peine si entre les vomissements on percevait très haut deux petites tumeurs très douloureuses. Il s'agissait d'une ovarite suppurée bilatérale. Les trompes n'étaient pas altérées.

En pareil cas, il n'existe que peu d'adhérences pelviennes et l'utérus peut demeurer assez mobile.

Les salpingites s'accompagnent plus fréquemment de lésions intra-péritonéales. L'utérus est alors comme enclavé dans une gangue inflammatoire et on perçoit, autour de lui, tantôt dans l'un des culs-de-sac, tantôt sur toute l'étendue du plancher pelvien, une tumeur dure, empâtée, douloureuse, en forme de croissant ou d'anneau complet.

Notre cher maître, M. Bernutz, insistait volontiers sur le sillon qui sépare du col ces masses indurées.

La situation et la dimension des poches purulentes est on ne peut plus variable et souvent le foyer purulent est très petit, bien que situé au centre d'une masse inflammatoire d'une épaisseur considérable ; il peut occuper la trompe, l'ovaire, ou se trouver enkysté, comme l'avait observé Bernutz, au milieu des adhérences péritonéales. Souvent il y a plusieurs poches purulentes de volume différent; nous en avons observé de 200, de 500 cent. cubes et plus.

Le point capital, si nous voulons répondre à l'une des principales objections des ennemis jurés de l'intervention radicale, est de reconnaître si les lésions sont bilatérales. Cette objection n'est réellement pas à faire à un chirurgien exercé, car, si l'on est capable de constater une lésion unilatérale, il est tout aussi facile de vérifier l'état des annexes de l'autre côté.

L'un des points les plus délicats du diagnostic est plutôt de reconnaître s'il existe une communication fistuleuse entre les poches purulentes d'une part, la vessie ou le rectum de l'autre. En effet, ces fistules peuvent se fermer momentanément ou ne donner lieu qu'à l'évacuation d'une très petite quantité de pus, et il n'est pas toujours donné au chirurgien d'avoir la bonne fortune d'observer la malade au moment exact d'une de ces débâcles, dont les intervalles sont souvent fort inégaux. Cette complication de fistule vésicale ou intestinale expose, au cours de l'opération, à l'irruption dans le péritoine de l'urine purulente ou des matières fécales.

5° *Indications opératoires.* — Il nous semblerait oiseux de nous attacher dans ce chapitre aux indications opératoires des abcès du ligament large, l'incision inguino-sous-péritonéale, qui convient également aux masses pelviennes indurées, étant entrée dans la pratique courante; nous n'aurons donc en vue dans ce qui suit que les inflammations péri-utérines proprement dites: salpingo-ovarites et pelvipéritonite.

Nous n'insistons pas sur le traitement médical de ces accidents, tous les gynécologues étant à peu près d'accord à ce sujet; nous-mêmes plus que personne sommes convaincu que le séjour au lit pendant quelques semaines, si l'on y joint une antisepsie vaginale méthodique et parfois l'emploi de quelques révulsifs cutanés, sont les meilleurs moyens d'amener la résolution de bien des inflammations péri-utérines. Ce repos prolongé, nous l'imposons, ainsi que le traitement local, à toutes les femmes qui sont atteintes de péri-métrite de date récente, et nous sommes habitués à en constater les bons effets

thérapeutiques. Nous sommes ennemis, comme nous l'avons dit plus haut, du cathétérisme utérin, dont abusent certains praticiens au point qu'ils ne laissent pas une seule femme sortir de leur cabinet avant d'avoir subi l'introduction de l'hystéromètre. Toutes les fois que nous constatons la limpidité du mucus apparent entre les lèvres du col, nous proscrivons, à moins de nécessité absolue, et le cas est bien rare, la *violation de la cavité utérine.*

L'exploration bi-manuelle et l'examen du col nous suffisent, en effet, dans la grande majorité des cas pour reconnaître la situation de l'utérus, son volume et l'état de sa cavité. Nous protestons donc contre l'abus du spéculum et des crayons intra-utérins, de l'écouvillonnage, du curettage, pour ne pas mentionner la pratique aussi aveugle que dangereuse des cautérisations profondes par la pâte de Canquoin, et celle plus inutile encore de l'électrisation, qui deviennent, entre les mains de certains, une véritable spéculation.

Il est si facile de convaincre une femme qu'elle a un « mal de matrice » et de l'entretenir ainsi plusieurs années en lui faisant subir chaque semaine plusieurs examens et « pansements » et en lui présentant le « curettage » comme la *plus difficile* et la *plus grave* des opérations !

Le résultat de ces pratiques empiriques et peu honorables au point de vue professionnel n'a guère d'autre résultat que de provoquer des attaques de pelvi-péritonite et de mener la patiente tôt ou tard chez le chirurgien.

Existe-t-il une métrite interne suppurée, en dehors de toute lésion péri-utérine? L'antiseptie utérine bien faite et le curettage peuvent amener une guérison définitive ; mais ce n'est pas le cas quand il y a déjà de la pelvi-péritonite et des lésions des annexes.

Les nombreux cas de *mort* signalés par Seuvre dans sa thèse, à la suite d'un traitement intempestif, en sont la meilleure preuve. Aussi ne pouvons-nous admettre que des salpingites et des ovarites guérissent par la dilatation, le curettage et le drainage de la cavité utérine, dans les cas même où il n'existe pas d'endométrite concomitante, et nous nous demandons pourquoi l'on vient attaquer en pareil cas la muqueuse d'un utérus qu'on sait « sans endométrite », et comment, en détruisant une muqueuse saine, on guérira une lésion grave d'un organe situé à quelque distance de là.

Ces prétendues guérisons sont basées sur un diagnostic inexact et ces malades n'ont guéri que du *curettage*, dont elles n'avaient aucunement besoin. La transfusion hypodermique d'eau salée ne peut améliorer que l'état général, et c'est par une erreur d'interprétation qu'on

a voulu lui attribuer des guérisons presque miraculeuses, bien des plastrons de pelvi-péritonite étant susceptibles de disparaître par résolution sous l'influence du simple repos.

Ces cas qui guérissent tout seuls sont heureusement connus de tous et les aberrations thérapeutiques que nous venons de signaler ne rencontrent guère que des incrédules.

Toutes les fois qu'il existe une lésion péri-utérine grave et que le péritoine pelvien et les annexes sont le siège de tumeurs inflammatoires de date ancienne, l'intervention chirurgicale s'impose. Les indications des ablations d'annexes ont été données de main de maître par Hégar (1) (voir plus haut).

Si nous exceptons les traitements palliatifs, qui ne conviennent évidemment pas à ces cas d'une gravité toute exceptionnelle, nous n'aurons donc à discuter que deux modes de traitement : *a*) l'évacuation simple des foyers pelviens ; *b*) l'extirpation des masses inflammatoires.

a) *Evacuation simple des poches péri-utérines.* — Cette évacuation peut se faire par divers procédés : la ponction avec ou sans débridements, et les diverses incisions pariétales. La ponction et l'incision directe appartiennent à la période préantiseptique de la gynécologie.

Nous avons vu quelle était à cet égard la pratique de Lisfranc, de Chassaignac, etc., etc.

Bernutz la faisait couramment avec le long trocart courbe de Chassaignac, que modifia bien inutilement Laroyenne. Bernutz introduisait, comme Chassaignac, de gros drains dans l'intérieur des poches purulentes, et nous l'avons vu les faire ressortir , grâce à une contre-ouverture, au-dessus du pubis. Laroyenne et Vuillet n'ont fait que reprendre le procédé de Bernutz, procédé que notre cher maître eût certainement abandonné, s'il lui avait été donné de vivre quelques années de plus.

Les ponctions offraient, en effet, avant l'antisepsie, l'énorme avantage d'être moins dangereuses que l'incision ; aujourd'hui que cette dernière est inoffensive, nous ne saurions lui préférer une méthode aveugle et surannée. Laroyenne se rend lui-même compte de l'infériorité de la ponction, puisqu'il la complète par un débridement, fait à l'aide d'un instrument spécial.

Pourquoi ne pas proposer franchement l'incision, qu'il déclare au contraire une opération dangereuse ?

---

(1) Nous verrons plus loin que nous préférons à l'opération de Battey, d'Hégar ou de Lawson Tait la castration par le vagin.

Nous ferons aussi à M. Laroyenne le reproche d'avoir négligé absolument l'historique de la question (*Lyon médical*, 1886, p. 241) et de laisser supposer à ses lecteurs qu'il a inventé un nouveau procédé de traitement des collections fluctuantes du petit bassin, tandis qu'il ne fait que répéter, sans modifications dignes d'intérêt, la pratique des chirurgiens de la première moitié du siècle.

Et malgré ses efforts pour faire ressortir les avantages de la ponction, nous refuserons de croire que l'on ait pu évacuer par des ponctions successives jusqu'à sept poches pelviennes purulentes. Nous pensons qu'ici encore le diagnostic pêchait par la base et qu'on a simplement ponctionné à diverses reprises les mêmes poches, où le pus se reproduisait faute de débridements suffisants. L'incision vaginale eut été tout aussi conservatrice : il est vrai qu'elle n'est pas à la portée de tous et qu'il faut une certaine habileté pour manier sans danger au fond du vagin l'instrument tranchant.

Nous pensons, comme Segond, que la périnéotomie verticale (Hégar-Sänger) ou transversale (O. Zuckerkandl) ne répondent qu'à des indications fort rares et ne sont indiquées que dans des cas exceptionnels.

b) Extirpation des masses inflammatoires. — S'agit-il, non plus de simples collections liquides enkystées ou adhérentes du cul-de-sac postérieur, mais de lésions pelviennes massives, constituées en majeure partie par des masses indurées, où se rencontrent sans rapports constants : l'utérus et les annexes enflammées, l'épiploon, la vessie, les anses inférieures de l'intestin grêle, l'S iliaque et le rectum, entremêlés de kystes séreux, hématiques ou purulents, une intervention radicale s'impose et nous n'avons plus qu'à choisir entre deux méthodes : la laparotomie et l'hystérectomie vaginale.

Nous étudierons, à propos de nos observations personnelles, les avantages de l'une et l'autre méthode.

OPÉRATIONS PERSONNELLES.

Nous avons l'honneur de communiquer au Congrès de Gynécologie les résultats de cent quarante-cinq opérations comprenant : huit cas d'incision inguino-sous-péritonéale, soixante laparotomies et soixante-dix-sept hystérectomies vaginales.

a) Voie inguino-sous-péritonéale (huit cas). — L'incision inguino-sous-péritonéale est la méthode de choix pour le traitement de ces masses indurées péri-utérines que nous avons signalées plus haut (trois opé-

rations). Leur dissociation directe, suivie du tamponnement antiseptique, a déterminé en peu de temps le rétablissement des opérées.

Quelques mois après la cicatrisation, qui se fit en trois à quatre semaines, toute trace d'induration avait entièrement disparu.

Deux fois nous avons ouvert par cette voie des collections purulentes profondes, ne faisant pas saillie au-dessous de l'arcade crurale, et, dans un autre cas, une tumeur dermoïde suppurée, manifestement adhérente.

Enfin nous avons tenté d'obtenir ainsi, en pratiquant l'ouverture large de foyers purulents péri-utérins, la guérison de deux malades atteintes de fistules purulentes intestinales. Ces opérations n'ont été suivies d'aucun accident, bien que dans un cas il ait fallu répéter le décollement à trois reprises successives, et que nous ayons pénétré chaque fois jusque sur les côtés du col et même en avant du rectum, et pratiqué dans la même séance l'incision par le vagin. Mais le résultat thérapeutique fut *nul*, et ces deux malades continuèrent à s'épuiser, sans tirer de l'opération un bénéfice durable.

b) Laparotomies. — Nos soixante laparotomies se rapportent aux cas les plus variés.

Nous avons eu dans cette catégorie d'opérations six morts opératoires. Trois de ces insuccès ont été causés par l'usage d'un catgut septique, que nous avons abandonné au bout de quelques jours après avoir observé inopinément sur plusieurs opérées des accidents infectieux de gravité variable (1).

---

(1) Ce catgut, après avoir été chauffé à sec à la température de 110°, avait macéré dans l'éther et dans l'alcool phéniqué à 1/10e pour être porté ultérieurement dans l'huile de genévrier à 95° et enfin dans l'alcool phéniqué bouillant (80°).

La putréfaction des boyaux de mouton étant une des opérations préliminaires de la fabrication du catgut, on comprend aisément que l'on puisse tomber par hasard sur un échantillon dangereux. Le catgut, ne pouvant supporter ni dans l'huile ni à sec les températures de 120° et de 150°, nécessaires pour assurer la destruction de toutes les spores qu'il peut renfermer, doit être ou proscrit et remplacé par la soie, si facile à stériliser, ou préparé par une macération de plusieurs mois dans l'huile de genévrier phéniquée à 1/10e. Il est prudent, avant de l'employer pour les laparotomies, d'en vérifier la stérilisation par des cultures dans la gélatine-peptone et l'introduction dans le péritoine de cobayes et de lapins.

Aussi beaucoup de chirurgiens sont-ils arrivés, comme nous-mêmes, à employer exclusivement la soie. Toutefois, cette dernière, comme toutes les substances non résorbables, expose quand elle s'infecte, et cela est possible, surtout au cours des laparotomies laborieuses pour pyo-salpinx, à des fistules intarissables tant que l'anse de fil complète n'est pas sortie spontanément ou n'a pas été enlevée par le chirurgien. Cette petite opération peut être délicate, quand il s'agit de nœuds profondément situés.

Sur les soixante laparotomies, nous avons fait quarante-huit ablations bilatérales des annexes et douze opérations incomplètes.

Parmi les douze opérations incomplètes, nous comptons une castration unilatérale avec hystéropexie chez une jeune fille atteinte de salpingite unilatérale, et deux ablations unilatérales des annexes, celles de l'autre côté étant, soit impossibles à isoler, soit fistuleuses dans la vessie, comme nous l'avons observé chez une malade, opérée plus tard d'hystérectomie vaginale.

Une autre femme, atteinte de pelvi-péritonite purulente, que nous croyions consécutive à une ovaro-salpingite, présentait un abcès rétro-utérin enkysté, fistuleux dans l'intestin, et nous dûmes drainer par le vagin, à l'aide d'un gros tube de caoutchouc et d'une mèche de gaze stérilisée et imbibée de solution phéniquée. Lors de l'ablation de la gaze et du drain vint à leur suite un lombric macéré, qui devait se trouver dans un diverticule de la poche purulente. La malade ayant à peine 30 ans, nous avons laissé les annexes des deux côtés, après les avoir libérées autant que possible de leurs adhérences. La guérison se fit en quinze jours.

Dans un cas de pyo-salpingite bilatérale, fistuleuse de chaque côté dans le rectum, il nous fut impossible d'enlever les annexes et nous dûmes tenter le drainage par la voie inguino-sous-péritonéale.

Enfin, chez cinq malades, nous dûmes nous contenter trois fois, faute de pouvoir faire mieux, et deux fois parce que la destruction simple des adhérences péri-utérines nous semblait devoir amener la guérison, tout en permettant la possibilité d'une grossesse ultérieure d'isoler avec le plus grand soin l'utérus, ses annexes et les viscères voisins, et de pratiquer le lavage à l'eau stérilisée de la cavité pelvienne qu'il nous est arrivé de trouver comme remplie de petits kystes séro-sanguinolents, trace d'une pelvi-péritonite antérieure.

A l'exemple de Terrillon et de Lawson Tait, nous avons hésité tout d'abord à exécuter l'ablation complète des poches très adhérentes; mais bientôt nous avons constaté qu'il était toujours possible d'en pratiquer la décortication, quelque épaisses et adhérentes qu'elles fussent, à l'aide de l'index et du médius droits, guidés par leurs seules sensations tactiles. C'est même à cette pratique que nous avons dû trois de nos insuccès, et si l'ablation des poches pelviennes épaisses et très adhérentes est inoffensive, quelle qu'en soit la difficulté, quand il s'agit de kystes hématiques ou non suppurés des annexes, il n'en est pas de même quand le contenu est très virulent, par exemple, lorsqu'il est riche en streptocoques ou en autres bactéries franchement pyogènes. Cette décortication des poches pelviennes est surtout intéres-

sante lorsqu'il s'agit de ces kystes purulents ou hématiques que nous avons signalés plus haut, et qui, développés primitivement dans la trompe, se sont insinués entre les feuillets de son mésentère péritonéal et sont devenus de véritables kystes intra-ligamentaires. Ces poches ne peuvent être isolées qu'après l'incision de la séreuse qui les recouvre.

Au cours des quarante-huit castrations bilatérales que nous avons pratiquées par la laparotomie, nous avons fait chez vingt-quatre malades l'ablation de poches énormes et à parois épaisses, dépendant le plus souvent de la trompe, et contenant six fois un sang noirâtre et dix-huit fois une grande quantité de pus. La plupart de ces tumeurs étaient simplement adhérentes au péritoine pariétal du petit bassin, les autres sous-péritonéales et incluses dans le ligament large, comme nous l'avons mentionné. Une seule de nos malades était atteinte d'ovaro-salpingite tuberculeuse bilatérale compliquée d'ascite : l'épanchement se reproduisit peu après l'opération et la malade, opérée trop tardivement, n'éprouva aucune amélioration de son état général.

Deux autres malades, atteintes de tuberculose pulmonaire peu avancée, obtinrent, au contraire, le plus grand bénéfice de l'intervention, car la disparition de leurs souffrances continuelles leur permit de lutter avec avantage contre leur affection pulmonaire. Les lésions tubo-ovariennes, dans ces deux cas, n'étaient pas tuberculeuses.

Nous avons pratiqué treize fois *l'hystéropexie* par le procédé de Terrier : suture de l'utérus à la paroi abdominale antérieure aussi haut que possible par trois ou quatre fils de catgut ou de soie. Ayant fait trois autres hystéropexies par le même procédé chez trois opérées de kystes de l'ovaire atteintes de prolapsus, nous pouvons juger, d'après seize observations personnelles, de la valeur de cette opération. Le résultat s'est montré satisfaisant dans sept cas où l'utérus n'était pas douloureux par lui-même ; les annexes avaient été enlevées des deux côtés. Cinq autres opérées de castration bilatérale et d'hystéropexie souffrirent encore pendant plusieurs mois ; les douleurs disparurent chez trois d'entre elles ; les deux autres durent subir ultérieurement l'hystérectomie vaginale et furent guéries par cette nouvelle intervention. Parmi les trois autres cas, nous comptons une jeune fille opérée en raison de son âge et de l'unilatéralité des lésions d'ablation des annexes d'un seul côté et d'hystéropexie, avec excellent résultat, bien qu'elle soit très nerveuse, et une hystéropexie simple, dans un cas analogue, où les annexes étaient saines (rétroversion et prolapsus) ; une hystéropexie secondaire chez une opérée de castration bilatérale,

qui présenta plus tard, après avoir abusé de travaux pénibles, un prolapsus utérin douloureux et put reprendre sans la moindre souffrance, quelque temps après la deuxième opération, ses travaux de femme de ménage ; et enfin une hystéropexie simple chez une jeune femme mariée et n'ayant qu'un enfant, atteinte d'une rétroversion utérine qui rendait la station debout presque impossible. Le résultat fut également satisfaisant.

De ce qui précède, nous conclurons que l'hystéropexie, pratiquée par le procédé de Czerny ou de Terrier, est une excellente opération quand il s'agit de prolapsus ou de rétroversion non compliqués de métrite douloureuse. L'utérus doit être fixé aussi haut que possible. L'hystéropexie est aussi inoffensive que l'opération d'Alexander et n'expose pas aux insuccès si fréquents de cette dernière, qui souvent n'amène aucun changement dans la situation défectueuse de l'organe. Elle est donc l'opération de choix chez les femmes jeunes dont les annexes sont saines. Les sutures perdues à la soie, telles que nous les pratiquons, assurent une fixation définitive de l'utérus, sans entraver en rien le fonctionnement du réservoir urinaire. Nous avons constaté toutefois que cette opération, en rapprochant l'utérus au contact de la vessie et de la symphyse, n'élevait pas notablement le col, qu'on rencontre parfois au toucher à une profondeur de 5 à 6 centimètres seulement en suivant du doigt la colonne antérieure du vagin. Chez les femmes d'un certain âge, atteintes de rétroversion douloureuse ou de prolapsus, et chez celles où les annexes sont profondément altérées des deux côtés, nous préférons dans le premier cas, l'hystérectomie vaginale ; dans le second, la colpo-périnéorraphie antérieure et postérieure, combinée ou non, suivant les indications opératoires particulières à chaque cas, à l'hystérectomie.

Huit de nos opérées pour fibrômes adhérents compliqués d'ovaro-salpingite bilatérale, et que nous avons suivies depuis longtemps, ont obtenu de leur opération les meilleurs résultats. L'ablation complète des annexes des deux côtés a été dans presque tous ces cas extrêmement laborieuse, la tumeur utérine étant fixée par des adhérences anciennes de pelvi-péritonite, et les annexes se trouvant parfois enclavées au fond du petit bassin entre la tumeur et les parois pelviennes. Nous n'avons pratiqué la castration pour fibrômes que dans les cas où la tumeur se montrait inextirpable ou partout adhérente. Les résultats ont été excellents, tant pour la sédation des douleurs que pour la disparition définitive des pertes sanguines et la diminution du volume des fibrômes. L'un d'eux, presque fluctuant et aréolaire, donna lieu, après l'opération, à un abondant écoulement vaginal séro-sanguinolent,

qui dura quatre semaines. La tumeur pendant ce temps diminua de moitié.

Nous avons presque constamment observé, de vingt-quatre à trente-six heures après les opérations de castration bilatérale, l'apparition d'un écoulement sanguin, qui durait de trois à cinq jours, comme un véritable molimen menstruel ; cet écoulement sanguin est bien un phénomène réflexe de la castration tubo-ovarienne bilatérale, puisqu'il s'est produit chez trois femmes que nous avions opérées intentionnellement deux, trois et quatre jours après la cessation de leurs règles.

Les résultats éloignés de nos laparotomies pour lésions des annexes se sont montrés d'autant plus satisfaisants que nous avons revu nos opérées plus longtemps après l'opération ; toutefois nous verrons, en passant en revue nos hystérectomies vaginales, que nous avons dû ultérieurement enlever l'utérus à dix femmes, laparotomisées autrefois dans un cas par Polaillon, et neuf fois, par nous-mêmes.

Chez celles, au nombre de deux, qui avaient subi l'hystéropexie, il nous a fallu des tractions énergiques sur l'utérus pour le détacher de la paroi abdominale antérieure.

Nos opérées d'ablation bilatérale des annexes n'ont pas revu leurs règles : deux d'entre elles ont présenté au cours des premiers mois qui suivirent l'opération deux ou trois hémorragies utérines sans importance ; une troisième perdit à deux reprises du sang par le rectum, sans présenter d'hémorroïdes appréciables ; ces rectorrhagies ne se sont pas reproduites depuis près de quatre ans. Une autre eut sans régularité des pertes utérines telles que l'hystérectomie dut être faite d'urgence. En général les bouffées de chaleur au visage se sont montrées constantes et comme supplémentaires des règles pendant les quatre ou cinq premiers mois. Nos opérées de castration unilatérale ou d'adhérences pelviennes ont revu leurs époques régulièrement et sans souffrances, à l'exception d'un seul cas où nous avons dû enlever ultérieurement par le vagin une salpingite purulente fistuleuse dans la vessie. Aucune de ces femmes, eussent-elles subi la simple destruction des adhérences pelviennes pratiquée dans le but d'obtenir la « restitutio ad integrum » des annexes, n'est devenue enceinte.

Les six cas de mort que nous avons signalés plus haut nous donnent exactement une proportion de 10 %, proportion que ne nous eût certainement pas donné, comme nous le verrons plus loin, l'hystérectomie vaginale. Nous avons vu toutefois que, sans nos accidents dus au catgut, nous n'aurions probablement perdu que trois malades, soit 5 %.

c) Hystérectomies vaginales. — Nous avons pratiqué soixante-dix-sept opérations d'hystérectomie vaginale dans des cas où d'autres chirur-

giens eussent fait sans exception la laparotomie. Ces opérations de castration vaginale n'ont donné que quatre insuccès, proportion très faible, étant donné que beaucoup d'entre elles ont été faites sur des malades dont la situation était presque désespérée.

Notre première opération d'hystérectomie vaginale pour lésions suppurées des annexes et pelvi-péritonite date du 3 décembre 1887. Il s'agissait d'une femme de 45 ans environ, atteinte de pelvi-péritonite aiguë et présentant une température de 40°. Les accidents, loin de s'amender, devenant plus inquiétants, nous dûmes intervenir d'urgence, sans pouvoir attendre, comme nous l'aurions désiré, une accalmie relative.

On percevait, au toucher et au palper combinés, dans l'intervalle des vomissements, un utérus gros et douloureux, surmonté latéralement de deux petites tumeurs très sensibles, dépendant des annexes. Le ventre était ballonné.

La laparotomie nous semblant contre-indiquée en raison des lésions de l'utérus lui-même et de la gravité de l'état général, nous avons décidé de faire la castration totale par le vagin, opération que nous avons déjà pratiquée, peu après nos premières hystérectomies pour cancer, pour des fibrômes enclavés, compliqués, dans un cas, de kyste des annexes.

L'utérus fut sectionné longitudinalement. Les annexes, détachées avec soin de leurs adhérences, furent attirées à la suite de l'utérus, les kystes purulents évacués au fond du vagin et les deux poches ovariennes extraites en totalité, ainsi que les trompes, à la suite de l'utérus, grâce à l'application au-dessus d'elles de nos pinces à mors élastiques. Il s'agissait d'ovarites suppurées consécutives à une métrite interne (blennorrhagique?) compliquée de gigantisme utérin et de pelvi-péritonite. Le tissu utérin lui-même était comme ramolli (métrite parenchymateuse).

Nous avons ultérieurement remarqué, dans des cas analogues, combien ces utérus, atteints de métrite totale (inflammation de la muqueuse, du parenchyme utérin et du péritoine qui le recouvre), se montraient friables et donnaient peu de prise aux pinces à griffes.

Parmi nos soixante-dix-sept interventions vaginales, quatre fois seulement il a été impossible d'enlever la totalité de l'utérus, en raison de l'étendue des adhérences et de la gravité de l'état général; il eût été à la fois dangereux et inutile de prolonger l'opération. Deux de ces malades étaient atteintes de poches purulentes énormes, dépassant le détroit supérieur et ouvertes à plusieurs reprises dans le rectum. L'une d'elles était âgée de près de 65 ans. Chez les soixante-treize

malades où l'ablation de l'utérus a été complète, c'est à peine si quatre ou cinq ont conservé quelques fragments des annexes, impossibles à attirer au dehors en raison de leur situation élevée et de la solidité de leurs adhérences. Dans de pareils cas il est préférable de ne pas faire trop de dégâts et de s'arrêter à temps, sous peine d'aggraver notablement le pronostic de l'opération. Nous avons signalé trois de ces cas au cinquième Congrès français de Chirurgie ; deux fois il s'agissait de tumeurs friables des annexes d'un côté, tumeurs du volume d'une tête de fœtus, et sur lesquelles dérapaient les pinces à griffes. Ces deux malades, opérées depuis près de trois ans, sont en parfait état de santé, et les tumeurs se sont atrophiées. Depuis plus de deux ans nous avons toujours fait l'ablation totale des annexes.

Vingt-cinq de nos opérées étaient atteintes de fibrômes ayant déterminé pour la plupart les accidents les plus variés de pelvi-péritonite ou même de suppuration ; quarante-deux des diverses formes d'ovaro-salpingite, compliquées de métrites douloureuses ou hémorragiques, de déplacements utérins rebelles à tout traitement, et de lésions péri-utérines. Une seule fois nous dûmes pratiquer une deuxième intervention : nous avons signalé ce cas au cinquième Congrès de Chirurgie. Il s'agissait d'une hystérique de près de 40 ans, opérée par le vagin d'un hémato-salpinx, sans ablation totale de l'utérus. La première opération n'amena que pendant trois mois la sédation des accidents locaux et généraux, et une simple destruction d'adhérences par la laparotomie suffit pour déterminer une guérison radicale. La première opération n'avait été que partielle.

L'un des résultats les plus intéressants que nous ayons obtenu est la guérison presque inespérée d'une femme, atteinte à chaque époque menstruelle d'une poussée de broncho-pneumonie grave avec courbe thermique au-dessus de 39°, et de temps à autre des poussées concomitantes de pelvi-péritonite autour d'un volumineux fibrôme utérin. Chaque attaque de bronchite durant quinze jours au moins et les quintes de toux se montrant presque continuelles, nous dûmes faire l'hystérectomie vaginale dans les plus mauvaises conditions ; un fragment d'ovaire très haut situé et trop adhérent fut laissé avec une petite portion de la trompe et de la corne utérine correspondante. L'opération amena la disparition de tous les phénomènes locaux et réflexes, à tel point que, malgré la persistance momentanée d'un semblant de flux menstruel, cette personne put reprendre ses occupations habituelles et même faire pour le plus grand bien de sa santé d'assez longs voyages. Cette opération date du mois d'avril 1888.

Les résultats définitifs de l'opération furent tout aussi satisfaisants

chez les dix malades opérées antérieurement de laparotomie, et qui ont dû subir l'ablation de l'utérus demeuré enflammé et douloureux. Dans un cas d'hystérie grave, l'hystérectomie seule amena la disparition définitive des douleurs abdominales et des crises momentanément reparues.

Nous donnerons plus loin les détails de notre procédé d'hystérectomie vaginale, que nous employons depuis mars 1887 pour le cancer, que nous avons appliqué le 16 mai suivant à la castration totale pour fibrômes et le 3 décembre 1887 au traitement d'une double ovaro-salpingite suppurée. Ce procédé diffère absolument, comme on le verra, du procédé de Péan, suivi et préconisé par Second, procédé qui, d'ailleurs, n'a été publié qu'en 1890.

III. — **Conclusions.**

Les résultats des cent quarante-cinq opérations que nous venons de passer en revue, nous permettent de tirer les conclusions suivantes :

1° L'*incision simple des foyers inflammatoires* est un excellent mode de traitement des lésions péri-utérines unilatérales bien localisées; à condition que les foyers ne soient pas ouverts préalablement dans l'intestin ou la vessie. Le tamponnement aseptique de la plaie, dans toute sa profondeur, est bien supérieur au simple drainage. La compresse de gaze stérilisée, que nous employons en pareil cas, doit être enlevée du troisième au septième jour ; le tamponnement n'est continué quelque temps qu'au cas où la suppuration est ancienne et les parois du foyer épaisses et indurées ; dans les autres cas, la réunion secondaire sans suppuration suit de quelques jours l'ablation de la compresse. Nous avons abandonné depuis longtemps la gaze iodoformée, en raison de son odeur désagréable et de son inutilité ; une compresse de gaze stérilisée, imbibée, dans les cas où le pus est très virulent, d'une solution de phénol à 1/20, et fortement exprimée, la remplace avantageusement.

L'incision simple des foyers péri-utérins doit se faire de préférence par la voie inguino-sous-péritonéale. Certaines péri-métrites suppurées viennent également faire saillie sur la ligne médiane et peuvent être ouvertes avantageusement par une incision médiane sus-pubienne, comme nous en avons observé quelques exemples ; la poche est dans ces cas parfaitement limitée par les adhérences péritonéales,

et l'opération, si l'on sait choisir l'endroit opportun, se réduit à une simple ouverture d'abcès, compatible avec la « restitutio ad integrum » des annexes, si toutefois les lésions le comportent. Les malades que nous avons observées ne sont pas, en effet, devenues enceintes ultérieurement.

Quant à l'incision vaginale que faisaient Chassaignac, Bernutz, et bien d'autres prédécesseurs de Laroyenne, elle doit être faite, lorsqu'elle est indiquée, non pas d'une façon aveugle, c'est-à-dire à l'aide d'un trocart et d'une sorte de contrefaçon du lithotome classique qui n'a d'original que son application bizarre et sa nouvelle dénomination de métrotome, mais chirurgicalement, à *l'aide de bons écarteurs, d'un bistouri et de longues pinces coudées*, destinées à l'exécution d'un tamponnement méthodique du foyer suppuré.

2° La *laparotomie* est une excellente opération quand l'affection est unilatérale et que le kyste est peu ou point adhérent; la laparotomie permet, en effet, l'ablation unilatérale des annexes ou même des opérations partielles sur l'ovaire et la trompe, suivies de sutures de ces organes. L'hystéropexie peut amener à elle seule une guérison durable dans certains cas, sans attenter à la fonction utéro-ovarienne. Cette opération est le véritable traitement de la rétroversion douloureuse non compliquée de métrite grave et de lésions des annexes. La destruction simple d'adhérences péri-utérines, avec ou sans ablation de petits kystes séro-sanguinolents multiples du petit bassin, peut amener la disparition des douleurs et la résolution d'énormes plastrons péri-utérins, tout en permettant la conservation des annexes. La laparotomie nous a donné les meilleurs résultats dans bon nombre de cas graves de lésions hémorragiques ou suppurées, quelles que fussent les lésions concomitantes de pelvi-péritonite; une de nos opérées, âgée de 62 ans, a parfaitement guéri; elle portait une énorme salpingite suppurée. Nous avons également guéri par cette voie des foyers purulents fistuleux dans le rectum et n'avons pu que nous louer de la décortication et de l'extirpation complète des poches pelviennes.

Toutefois la préoccupation de faire l'ablation totale des poches purulentes peut conduire le chirurgien à outrepasser la résistance vitale de ses opérées. La laparotomie offre un autre inconvénient: c'est qu'elle ne s'attaque qu'aux annexes, à moins d'employer pour l'ablation totale de l'utérus le procédé nouveau d'*hystérectomie abdominale* que nous proposerons au Congrès, dans une seconde communication, pour les grosses tumeurs et qui est applicable à tous les cas (voir plus loin).

La laparotomie, telle qu'on la pratique d'habitude pour les lésions des annexes et la pelvi-péritonite, est donc inefficace toutes les fois que l'utérus lui-même est malade : qu'il s'agisse de gigantisme utérin, de métrites invétérées ou même de névralgies rebelles, retentissant, soit dans tout le bassin, soit dans la sphère du nerf sciatique, comme nous l'avons trois fois observé.

3° *L'hystérectomie vaginale* est au contraire applicable à tous les cas. Les quatre insuccès que nous avons signalés sur nos soixante-dix-sept opérations vaginales donnent une proportion de 5,1 %; mais nous devons considérer que nous avons eu deux insuccès sur les neuf premières opérations, et deux également sur les soixante-neuf suivantes; soit pour ces dernières 2,9 %. Nous pourrions également analyser les causes de ces insuccès, dont trois ont été purement accidentels et pourraient actuellement être évités. Nous préférons ne pas imiter certains chirurgiens qui escamotent de leurs statistiques les péritonites sous prétexte d'obstruction intestinale ou de choc opératoire; et, en nous contentant des chiffres ci-dessus mentionnés, nous nous efforcerons de prouver par une nouvelle série d'opérations qu'il est possible de faire mieux.

Actuellement, nous ferons remarquer que l'hystérectomie vaginale, tout aussi bénigne que la laparotomie dans les cas simples, lui est bien supérieure quand il s'agit de lésions suppurées à pus très virulent, et qu'une partie des beaux succès de Lawson Tait et d'autres chirurgiens était due à ce qu'on rencontre souvent des suppurations où les bactéries ont disparu.

C'est ainsi qu'on a pu prétendre que l'irruption du pus au loin, sur les anses intestinales, n'aggravait en rien l'opération.

Ces chirurgiens ont dû être quelque peu déçus lorsque le pus contenait des gonocoques virulents ou des streptocoques.

Il n'est donc pas besoin d'invoquer en faveur de l'hystérectomie, à l'exemple de Segond, l'absence de cicatrice abdominale, ce détail n'ayant d'importance que pour une certaine catégorie de femmes.

En effet, nous avons de meilleurs arguments, et les résultats comparatifs de la laparotomie et de la *castration totale par le vagin*, comme nous la dénommons depuis 1887, sont trop précis pour permettre la moindre hésitation : c'est un insuccès thérapeutique complet, après une ablation bilatérale des annexes par la laparotomie, qui a conduit Péan à enlever pour la première fois par le vagin l'utérus adhérent et enflammé (16 février 1886) et à répéter son opération en novembre 1886 et en novembre 1887. (Dès cette époque, Péan paraît avoir aban-

donné la laparotomie). Richelot fit également quinze hystérectomies chez des femmes où la laparotomie n'avait amené qu'un soulagement momentané. Si nous ajoutons le résultat de nos observations personnelles (dix hystérectomies faites dans le but de remédier à l'insuffisance de la laparotomie), nous conclurons avec Péan et Segond que la castration totale par le vagin, pratiquée en connaissance de cause, amène presque sans exception la guérison rapide et définitive des lésions inflammatoires péri-utérines, ce qui est loin d'être la règle pour la simple ablation des annexes.

Et si certains spécialistes nous traitent de barbares, nous leur répondrons que toutes les femmes n'ont pas à la fois le loisir et « les moyens » de fréquenter deux ou trois fois par semaine et durant plusieurs années des cabinets dits « de gynécologie », pour en sortir la plupart du temps plus malades qu'au début du traitement, et qu'on ne peut refuser à des femmes qui souffrent continuellement et ne peuvent de ce fait ni gagner leur pain, ni élever leur famille, le droit de réclamer au chirurgien une guérison à la foi sûre et rapide.

Les ennemis les plus acharnés de l'hystérectomie vaginale pour les lésions néoplasiques des annexes sont donc, comme le dit Segond, *ceux qui la connaissent le moins*; et nous affirmons avec Bouilly que toutes les fois que la lésion est bilatérale et que les annexes des deux côtés doivent être sacrifiées, il est préférable, tant pour les suites immédiates que pour les résultats éloignés de l'opération, de faire la castration totale par le vagin.

R. Pichevin (Paris). — L'hystérectomie vaginale appliquée à la cure des lésions des annexes a subi le sort des opérations nouvelles : préconisée outre mesure par ses protagonistes qui ont cru pouvoir l'appliquer au traitement de la très grande majorité des cas d'ovaro-salpingite, elle a été vivement critiquée et même rejetée par certains chirurgiens.

L'hystérectomie vaginale ne mérite ni cet excès d'honneur ni cette indignité. Elle a rendu et est capable de rendre d'indiscutables services dans des cas déterminés.

Les indications de cette opération ont subi malheureusement une extension beaucoup trop grande.

M. Segond, dans son remarquable rapport, déclare qu'il faut faire l'hystérectomie toutes les fois que la bilatéralité et l'incurabilité médicale des lésions péri-utérines sont constatées.

Cette formule est-elle inattaquable ?

Peut-elle servir de guide dans la pratique ?

Je ne le crois pas. Il est loin d'être facile de reconnaître dans tous les cas l'incurabilité de certaines lésions.

Dans quatre cas j'avais diagnostiqué l'existence de lésions bilatérales. La tumeur ovaro-salpingitique était volumineuse d'un côté; du côté opposé on sentait des lésions peu marquées, à la vérité, mais bien réelles. La laparotomie fut faite dans ces quatre cas et je pus constater que d'un côté l'ovaire était simplement entouré de fausses membranes. Les annexes de ce côté furent conservées. Une cinquième observation a trait à une femme qui présentait une tumeur kystique à droite et à gauche une masse dure. On pouvait penser à une salpingite kystique et à une salpingo-ovarite à forme scléreuse du côté opposé. Je portai le diagnostic de kyste du ligament large droit et de tumeur ovarienne gauche. Je fis l'incision abdominale. Une vieille salpingo-ovarite fut enlevée et je pus énucléer un kyste du ligament large, sans toucher ni à la trompe ni à l'ovaire de ce côté.

Toutes ces femmes peuvent avoir des enfants : ce qui a une certaine importance.

Je connais l'objection que l'on oppose à cette pratique. Certains chirurgiens admettent la nécessité d'enlever les annexes des deux côtés, alors même qu'une trompe et l'ovaire correspondant sont en bon état. Je ne puis me décider à suivre ce précepte. J'estime que la crainte d'assister un jour à l'inflammation de la trompe et de l'ovaire qu'on aura respectés, au cours d'une laparotomie, ne doit pas à ce point nous hypnotiser qu'il faille sacrifier des organes sains et ayant, somme toute, une réelle importance. Cette conduite est rationnelle.

Les partisans de la castration utérine nous disent que l'ablation de l'utérus peut être évitée, au cours de l'opération, quand on reconnaît une erreur de diagnostic. Dans les cas douteux, ils donnent le conseil de pratiquer tout d'abord l'incision du cul-de-sac postérieur. Grâce à cette boutonnière vaginale, on pourrait explorer le petit bassin, rectifier le diagnostic, limiter l'intervention à la simple élytrotomie postérieure ou abandonner, au besoin, la voie vaginale pour faire la laparotomie.

Que l'exploration par la brèche vaginale postérieure soit possible, facile même dans certains cas, c'est convenu. Mais il se peut que la femme ait une couche adipeuse épaisse, un vagin étroit et long, un utérus immobilisé à une certaine hauteur. Dans ces conditions, l'exploration digitale du petit bassin est illusoire ou à peu près.

Le plus souvent l'opérateur, après avoir incisé le cul-de-sac posté-

rieur, sent quelque chose de gros, d'anormal, dans le petit bassin. La vue ne peut contrôler les notions fournies par le toucher. Aussi est-on dans la nécessité de se contenter des sensations imparfaites fournies par l'exploration digitale, et on continue l'opération.

Notre rapporteur reconnaît implicitement la valeur de ces arguments. Il recommande, en effet, de faire la laparotomie dans tous les cas douteux. Il reste à souhaiter que les opérateurs aient une juste méfiance d'eux-mêmes, et qu'ils n'entreprennent l'hystérectomie que dans les cas de très grosses lésions bilatérales.

M. Segond affirme « qu'on peut, après l'hystérectomie, compter sur l'atrophie et la transformation cicatricielle des parties respectées sans qu'il reste nulle part, sauf exception très rare, une épine quelconque susceptible de réveiller les lésions ». Admettons que la mort anatomique et physiologique des annexes suive la disparition de l'utérus. Mais l'hystérectomie amène-t-elle la résorption d'abcès haut situés, sans communication avec la large cavité créée par l'ablation de la matrice et des annexes ? Les inflammations chroniques suppurées ou non de l'épiploon cessent-elles par suite de l'ablation de l'utérus ? Les adhérences multiples des organes génitaux avec l'intestin, l'épiploon, la vessie, etc., comptent-elles pour rien dans la symptomatologie des affections des annexes ?

Dans un cas, je croyais à l'existence d'une poche salpingienne avec plastron abdominal. La laparotomie démontra qu'il n'y avait pas de collection et que la trompe et l'ovaire étaient sains. La lésion principale était constituée par un épaississement considérable du grand épiploon.

Chez une autre femme, atteinte de grossesse tubaire et de pyosalpinx adhérent, l'épiploon était chroniquement enflammé sur une large surface et uni en plusieurs points à la ceinture pelvienne et à l'intestin.

Une femme opérée par M. Le Dentu présentait, outre des lésions annexielles, du reste situées très haut, une poche purulente dans l'épiploon et ne communiquant pas avec la trompe.

Dans ces cas, l'hystérectomie n'aurait-elle pas donné des résultats inférieurs à ceux acquis par la laparotomie ?

Ceux qui ont une grande expérience de l'hystérectomie nous diront s'ils ont observé l'ouverture de la vessie, de l'intestin, de l'uretère. Je veux citer simplement un cas qui aurait pu se terminer par l'ouverture du rectum si on avait pratiqué l'hystérectomie vaginale. Une adhérence intime était établie tout près de la corne utérine au niveau du point où une pince aurait pu être posée.

Je crois que le danger qui menace le plus la vie des femmes qui subissent l'hystérectomie est l'hémorragie. L'opérateur le plus habile est à la discrétion d'une pince qui peut lâcher prise et permettre à une artère importante de glisser entre ses mords.

Deux fois j'ai assisté à un accident de ce genre. Dans un cas, il s'agissait d'une grossesse tubaire. L'hémorragie fut mortelle, malgré les tentatives réitérées qui furent faites pour arrêter le sang. L'hystérectomie avait été habilement exécutée par un jeune et distingué chirurgien des hôpitaux. L'autopsie démontra que les pinces posées sur le bord interne des ligaments larges tenaient bien : l'hémostase était parfaite à ce niveau. L'hémorragie s'était faite dans la poche salpingienne rompue au cours de l'opération.

Tout dernièrement je pratiquais une hystérectomie, j'avais placé deux pinces à la partie supérieure du ligament large gauche. Elles laissèrent glisser l'utéro-ovarienne. L'accident n'eut pas de suite ; en est-il toujours ainsi ?

Je dois ajouter que les malades traitées par l'hystérectomie ne guérissent pas toutes complètement. Elles éprouvent parfois des douleurs pelviennes persistantes après leur opération.

Dans certain cas, il reste une fistule vaginale qui suppure pendant longtemps. Ces malades sont en proie à des accidents fébriles.

Tels sont les motifs qui m'engagent à ne pas appliquer systématiquement l'hystérectomie vaginale.

Je dois dire que l'hystérectomie vaginale a des suites immédiates relativement simples et bénignes, alors qu'il s'agit de cas compliqués, à larges suppurations.

Quant à la mortalité opératoire, je pense qu'il faut attendre la publication d'importantes statistiques pour pouvoir se prononcer sur la bénignité ou la gravité de l'hystérectomie.

Comme conclusion, je n'ai qu'à répéter ce que j'écrivais l'an dernier :

« L'hystérectomie vaginale convient aux cas de suppurations larges, diffuses, éparpillées dans des loges multiples qui entourent l'utérus et qui sont difficilement énucléables. La même opération est applicable aux femmes ayant des fistules qui font communiquer une poche suppurée du bassin, soit avec l'intestin, soit avec la vessie ou encore avec le vagin. Enfin la castration utérine est une dernière ressource que l'on doit tenter, quand l'extirpation des annexes par la voie abdominale n'a pas donné un résultat satisfaisant.

» Mais les salpingites catarrhales, parenchymateuses, les hémato-salpinx, les grossesses extra-utérines, les grandes poches salpingiennes

suppurées, etc., guérissent très bien quand elles sont traitées convenablement par la voie abdominale.

» Il n'y a donc pas lieu de reléguer la laparotomie au rang des opérations démodées et inapplicables aux affections oophoro-salpingitiques ».

Mangiagalli (Milan). — Dans l'argument des suppurations pelviennes il y a une question étiologique et thérapeutique, que je crois nécessaire d'envisager ensembles. Nous verrons que de l'étude étiologique en découlera un argument en faveur de l'hystérectomie. La propagation d'une infection aux trompes, au péritoine, au tissu connectif pelvien, peut avoir lieu par les voies lymphatiques et sanguines, ou par la voie de la muqueuse. Les raisons de M. Lucas Championnière pour nier la propagation par la muqueuse et soutenir la théorie lymphatique du phlegmon du ligament large manquaient de l'épreuve expérimentale. Pour éclairer cette question, c'est à l'expérience que s'est adressé un de mes assistants volontaires, le Dr Giglio, de Palerme.

Les animaux d'expériences furent au nombre de trente-huit : chiennes, cobayes, lapines. Matériel inoculé : pus aspiré par des abcès, pus blennorrhagique, pus d'ophthalmo-blennorrhée, bactéries pyogènes en culture pure (staphilococcus pyogenus aureus, albus, citreus; bacillus piocyanicus, associations bactériques). Régions choisies pour l'expérience: vagin à tissus intègres, vagin à tissus lésés, cavité utérine, cornes de l'utérus, trompes, tissu connectif pelvien.

De ces nombreuses expériences, le Dr Giglio conclut que, par règle, les voies de propagation des infections dans le bassin et dans les organes pelviens sont données par la circulation sanguine et lymphatique. L'utérus lui-même deviendrait malade par les voies lymphatiques ou secondairement en direction descendante de la trompe : dans ce cas, l'infection suivrait la route tracée par l'écoulement des liquides tubaires qui tendent à s'éliminer par l'utérus. La théorie lymphatique acquérant la supériorité sur la propagation de la phlogose et de l'infection par la muqueuse, non-seulement s'impose une plus vigoureuse antisepsie dans les opérations sur les organes génitaux externes, sur le vagin, sur le col de l'utérus, dans les accouchements naturels et instrumentaux, mais nous sommes à même de pouvoir établir d'avance que, ôtant les annexes malades, il peut toujours rester des foyers infectieux dans le petit bassin, qui peuvent maintenir ou réveiller les souffrances de la malade.

Et voilà un argument en faveur de l'hystérectomie, qui doit avoir la préférence dans les cas très compliqués, dans les cas de lésions étendues, plus particulièrement dans les cas avec communication de la poche purulente avec le rectum ou avec la vessie. Pour ce qui regarde la méthode opératoire, je suis convaincu par mon expérience, au moins jusqu'à présent, que même dans le cas de fixation absolue de l'utérus, on peut l'enlever, dans les cas où le volume de l'utérus n'est pas extraordinaire, sans morcellement, ou par ligature progressive ou nous aidant de la forcipressure. J'ai fait l'hystérectomie vaginale quatre-vingt fois, avec quatre décès, pour diverses indications, mais seulement six fois pour affection utéro-tubo-ovariques, dont trois fois pour suppuration tubaire compliquée ou simple, et toujours avec succès. La préférence de l'hystérectomie ne doit pas être absolue, parce qu'il y a toujours des cas, dans lesquels la salpingotomie par voie abdominale ou la simple salpingotomie sont préférables. Dans les poches unilatérales, la salpingectomie par laparotomie, faisant toujours précéder, à ventre ouvert, l'aspiration du pus à l'énucléation, est préférable. Dans les poches bilatérales, si on a raison de soupçonner la virulence du contenu tubaire, l'hystérectomie, à mon avis, doit mériter la préférence. Les observations bactériologiques des liquides enkystés dans les trompes et leur culture ont démontré qu'ils ne sont pas toujours virulents, que dans certaines époques de la maladie, les germes qui y sont contenus perdent toute ou une partie de leur vitalité : alors, si les altérations anatomiques ne sont pas très graves, l'indication d'enlever les annexes, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale, doit être examinée et subordonnée à une foule de circonstances. Ici s'ouvre, devant vous, un champ très étendu dans lequel l'aspiration, la ponction, l'incision abdominale, le débridement vaginal, ou même encore une thérapie rationnelle et suivie, peuvent avoir leur indication.

Duret (Lille). — Dans le débat qui s'est élevé entre les chirurgiens gynécologistes, sur le parallèle de la laparotomie et de l'hystérectomie, pour le traitement des pyo-salpingites, des péri-salpingites et des suppurations pelviennes, il semble que l'accord est presque général, en ce qui concerne les avantages de l'hystérectomie, selon la méthode de Péan-Segond, dans les vastes collections avec adhérences étendues et multiples.

Avant même qu'il ne fut question de l'intervention par la voie

vaginale, nous avions, dans un important mémoire, publié dans le Journal des Sciences médicales de Lille, en 1889, montré les relations intimes qui existaient entre les pelvi-péritonites décrites par Bernutz, et les inflammations tubaires; nous avions insisté sur les difficultés considérables que présente, dans ces circonstances, l'intervention par l'abdomen. A cet égard, nous citions deux observations remarquables, où cependant le succès avait couronné nos efforts. Nous pensons que, dans ces cas spéciaux, l'hystérectomie offrirait peut-être moins de difficultés.

Toutefois, nous n'avons en vue aujourd'hui, que les pyo-salpingites enkystées, énucléables par la laparotomie, et pour lesquelles Segond se déclare partisan presque exclusif de l'hystérectomie. Il est vrai qu'il y met comme conditions expresses : « la bilatéralité des lésions et leur incurabilité absolue par les moyens médicaux ».

Il est cependant des cas, assez nombreux, où on est fort embarrassé pour affirmer la coexistence de lésions importantes *des deux côtés* : il arrive qu'on trouve, à droite, par exemple, une tumeur volumineuse, aisément reconnaissable par le palper bi-manuel; à gauche, le cul-de-sac est libre, ou à peu près; il offre cependant un peu de résistance, une perte d'élasticité; est-on autorisé, alors, à faire l'hystérectomie? Par cette dernière opération la fonction est irrémédiablement sacrifiée : et souvent, il s'agit de femmes jeunes, capables d'avoir encore des enfants! Il nous est arrivé, plusieurs fois, de trouver du côté le moins lésé, quelques adhérences : dans nos laparotomies, nous avons détruit ces adhérences, et nous avons conservé des annexes saines, ou à peu près.

Sans entrer davantage dans la discussion, nous résumerons ici une observation fort suggestive. Nous étions disposés à faire l'hystérectomie, nous la croyions indiquée; une circonstance fortuite nous a obligé à nous contenter de la laparotomie. Et ainsi, nous avons conservé à la malade les annexes d'un côté, qui, malgré des lésions très avancées du côté opposé, étaient en assez bon état.

Observation. — Marie Van ..., âgée de 31 ans, est entrée dans mon service le 17 mars 1892, pour des douleurs abdominales très prononcées. Antécédents morbides nuls. A eu quatre enfants, le dernier il y a deux ans et demi. Accouchements normaux.

Il y a cinq mois, la malade avorta; ses règles avaient cessé depuis trois mois. Cet avortement fut très pénible : le travail dura trois jours et demi, et s'accompagna d'hémorragies intenses. La malade garda le lit pendant vingt jours, et se rétablit complètement en apparence. Elle reprend son travail, mais souffre au moment de la période

menstruelle et a bientôt de nouvelles métrorrhagies qui l'obligent à s'aliter. Douleurs vives dans le bas-ventre, dans les régions ovariennes, dans les lombes.

A son entrée, on constate à la palpation l'existence d'une masse irrégulière résistante, située à gauche de l'utérus : la pression à ce niveau est douloureuse. Le toucher vaginal permet de retrouver cette masse dans le cul-de-sac latéral gauche : elle est en rapport immédiat avec l'utérus, lui est accolée. Elle empiète beaucoup sur les culs-de-sacs antérieur et postérieur. Elle est immobile ; sa consistance est rénitente. Le volume dépasse celui du poing. On diagnostique une *pyo-salpingite*. Une ponction exploratrice, à l'aide du trocart Potain, dans le cul-de-sac gauche, donne issue à un liquide crémeux, d'une fétidité remarquable, que l'on ne peut méconnaître pour du pus. Il en sort environ une cuillerée à bouche. Lavage du vagin au sublimé et gaze iodoformée.

Les deux jours suivants, la température s'élève un peu : 39°2 le soir, le matin, 38°2 ; pas de vomissements, ni de ballonnement du ventre.

Le 31 mars, la température est redevenue normale : mais la tumeur existe toujours dans le petit bassin. La malade est décidée à une intervention plus radicale.

Laparotomie le 2 avril. Incisions partant du pubis jusqu'à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic. Toute la moitié gauche du petit bassin et le cul-de-sac de Douglas, en partie, sont occupés par une masse irrégulière, dans laquelle il est impossible de reconnaître aucun organe. Les adhérences sont très nombreuses et très résistantes ; la tumeur est fixée à la matrice et aux parois du bassin. La rupture de ces adhérences nécessite des manœuvres très longues, pendant lesquelles la main du chirurgien crève une cavité dont le contenu s'échappe dans le péritoine ; le liquide est relativement clair et la cavité est reconnue pour un kyste situé dans l'épaisseur de la tumeur. Celle-ci est enfin complètement libérée de toutes ses attaches en avant, en arrière et sur les côtés. Son pédicule est lié tout près de l'utérus, puis sectionné. — *L'ovaire et la trompe du côté opposé sont absolument sains et laissés en place.*

Lavage particulièrement soigné du péritoine. Fermeture de la paroi au crin de Florence. Deux drains sont placés : l'un à gauche de l'utérus, l'autre en arrière.

2 avril, soir, T. 37°7. P. 80. Pas de vomissements.

3 avril, soir, T. 37°6. P. 100. Le pansement est renouvelé ; le suintement a été presque nul. Les drains sont raccourcis et laissés en place.

Soir, T. 38°3.

4 avril, matin et soir, T. 38°.

5 avril, T. 37°5. Drains enlevés.

Dès lors, la malade marche régulièrement vers la guérison. Elle quitta l'hôpital après trois semaines, ne souffrant plus, dans un excellent état. Elle avait de plus conservé les annexes du côté droit, et depuis, son état est resté excellent.

Examen des pièces. — Les pièces pathologiques sont constituées par les annexes gauches très altérées. L'ovaire ne peut être reconnu; en revanche, on trouve un kyste gros à peu près comme un poing, uniloculaire, à paroi interne lisse : il s'est développé aux dépens de l'ovaire; d'où atrophie de cet organe. La trompe oblitérée en plusieurs endroits, dilatée en d'autres points, présente dans son intérieur des traces d'inflammation ancienne : la muqueuse est épaissie, tomenteuse, les franges du pavillon ont disparu. Le tout, kyste, ovaire et trompe, est englobé dans une coque épaisse, résistante, formée par l'accumulation de fausses membranes organisées. Le diagnostic de salpingo-ovarite est donc confirmé.

Outre l'heureux résultat obtenu par l'opération dans ce cas, il faut aussi remarquer que les annexes d'un côté ont été conservées à juste titre. Nous étions cependant déterminés à faire l'hystérectomie dans ce cas : nous la croyions indiquée par l'étendue et l'état prononcé de l'affection ovaro-salpingienne; l'absence de quelques pinces nous en a détournés au grand bénéfice de la malade.

La laparotomie dans tous les cas de salpingites ou de péri-salpingites suppurées est donc une excellente opération au point de vue curateur, même dans les cas les plus difficiles. Nous avons déjà cité dans ce travail deux cas, où les obstacles dans l'opération ont été très grands, et où cependant le résultat a été satisfaisant. Nous pourrions également rappeler une observation des plus remarquables due à la suite d'un accouchement : une malade, restée pendant trente jours dans un état de septicémie grave (41° de température tous les soirs pendant plusieurs semaines) et réduite au dernier degré d'anémie, presque mourante, a cependant été sauvée et *totalement guérie* par une laparotomie des plus laborieuses. (Voir Journal des Sciences médicales du 6 novembre 1891.) On ne saurait citer un résultat plus remarquable : la courbe de la température dès le soir de l'opération montre une chute complète, suivie d'un état régulier.

Nous croyons cependant que l'opération Péan-Segond a ses indications; elle nous paraît surtout la méthode de choix dans les cas de pelvi-péritonite étendue occupant le petit bassin, et le voisinage de l'utérus.

E. Le Bec (Paris). — Le traitement des inflammations suppuratives des organes contenus dans le bassin, qui occupe si vivement l'attention médicale, a fait depuis peu de temps des progrès véritablement extraordinaires.

Il ne faudrait pas croire cependant que nos devanciers eussent méconnu la question. Leurs efforts étaient sérieux, et s'ils n'ont pas été couronnés de succès, c'est qu'ils n'avaient pas à leur disposition les merveilleuses ressources de l'antisepsie.

C'est vers 1837 que Récamier, de Paris, pratiqua méthodiquement l'ouverture de ces abcès par la voie vaginale. Il avait imaginé pour cela, un bistouri spécial, à lame cachée. Il recommandait de faire des incisions larges, verticales, pour ne pas blesser l'artère utérine. Il y ajoutait de grands lavages de la poche et de la compression du ventre, pour le faire diminuer.

Bourdon, dans la *Revue médicale* de 1841, décrit longuement cette méthode et en rapporte de beaux succès.

Malheureusement Récamier ne connaissait pas l'antisepsie. Certaines femmes moururent de septicémie, et peu à peu cette excellente méthode fut abandonnée. C'est au point que Hégar et Kaltenbach donnèrent le conseil de n'ouvrir ces abcès que si l'on voit des signes évidents de septicémie.

En 1886, Laroyenne, de Lyon, publia dans le *Lyon médical* un travail important dans lequel il étudiait les épanchements purulents du bassin et leur traitement, par la méthode d'ouverture large de Récamier.

Les travaux de Laroyenne n'eurent qu'un retentissement local, malgré les remarquables succès obtenus par ce chirurgien et ses élèves.

Il avait suivi les conseils de Récamier en bornant exclusivement son champ opératoire aux parties péri-utérines sans jamais toucher l'utérus lui-même.

Or, c'est là qu'est l'idée nouvelle, l'idée féconde, et c'est la gloire de Péan de l'avoir comprise, et d'avoir su en tirer tout le parti possible.

En 1890, Péan présentait au Congrès de Berlin et à l'Académie de médecine de Paris (Bulletin de l'Académie, 1890, pages 9 et suivantes) un travail d'une grande importance sur l'utilisation de la voie vaginale pour le traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus. Ce travail prouvait que cette voie, souvent employée par la nature, est un chemin sans dangers pour arriver à la guérison prompte et sûre des suppurations pelviennes. Il ajoutait ce que personne n'avait encore dit, c'est que « l'hystérectomie vaginale doit être le premier temps de l'opération ».

Cette communication ne fut pas accueillie, par le monde chirurgical, avec toute la faveur qu'elle méritait. On trouvait le principe exagéré, et on redoutait les difficultés.

Plus tard, en février 1891, notre savant rapporteur, le D[r] Segond, reprit la question, et, l'appuyant de faits personnels, la présenta à la Société de Chirurgie de Paris. Depuis, un grand nombre d'opérateurs eurent recours à la voie vaginale, et, après de longues discussions, on vit les chirurgiens se diviser, les uns préconisant l'hystérectomie dans tous les cas d'inflammation suppurative des annexes de l'utérus, les autres ne voulant admettre que la laparotomie.

Notre intention n'est pas d'entamer une discussion sur les avantages de l'une ou l'autre des deux méthodes. Nous sommes personnellement partisan de la voie vaginale, mais avec éclectisme, et nullement d'une manière absolue. Le chirurgien ne doit pas être exclusif, il doit varier son traitement selon la nature, l'étendue et la situation des abcès.

Si les tumeurs occupent une partie élevée du ventre, si elles ne sont pas franchement limitées au bassin, et facilement accessibles par le toucher vaginal, nous n'hésitons pas à faire la laparotomie. Dans ces cas l'expérience nous a montré que les adhérences dangereuses ne sont pas seulement avec le rectum, mais souvent avec l'épiploon et les parties élevées de l'intestin, les parois du bassin et, par conséquent, facilement accessibles par la voie supérieure.

Toutes les fois, au contraire, que le bassin est rempli par une masse dure, immobile et remplissant la poche de Douglas, la voie vaginale nous paraît la méthode de choix.

Ici nous allons nous séparer des partisans absolus de l'hystérectomie. Ils ont posé en principe que l'attaque des poches purulentes doit être précédée de l'ablation de l'utérus, les poches de pus étant évacuées consécutivement.

Nous pensons que c'est là une manière de procéder nécessaire dans certains cas, mais trop absolue, et que bien des hystérectomies ont été faites, qui auraient pu être évitées.

Tout d'abord l'hystérectomie faite au début, suppose que le diagnostic de la présence du pus est absolument certain. Je fais ici appel à votre expérience, Messieurs, et vous conviendrez qu'il est loin d'en être toujours ainsi. Les observations publiées en font foi. Il est avéré que l'utérus enlevé, au lieu de pus, on a trouvé des poches contenant du sang ou même simplement un liquide séreux. On avait ouvert des hématocèles ou des hydro-salpingites, qui peuvent se guérir radicalement à moins de frais.

La fièvre et la douleur ne sont pas elles-mêmes des signes absolus

de suppuration. Bien des femmes souffrent cruellement et n'ont que des adhérences vicieuses de l'utérus, ou même de simples poches séreuses.

Nous pensons donc que le principe ainsi posé est exagéré et que l'on ne doit pas faire une hystérectomie que j'appellerais *exploratrice.*

Nous allons même plus loin et nous affirmons que sans opération on peut guérir des désordres graves, suites évidentes de suppurations arrêtées ou éteintes.

Combien de fois n'a-t-on pas vu des soins médicaux simples, l'antisepsie utérine et vaginale, les bains, etc., guérir des pelvi-péritonites avec épanchement, que l'on avait tout lieu de croire purulent?

Mais, dit-on, ce n'est pas l'état aigu, ce sont les suites pour lesquelles il faut une opération. Il est des suites qu'il faut opérer, cela est certain, mais il en est qui peuvent guérir sans hystérectomie.

Pour le prouver nous ne voulons pas apporter ici de longues statistiques, mais nous prendrons dans notre pratique quelques cas typiques qui peignent bien notre pensée.

Les suites chroniques des inflammations pelviennes se présentent sous deux formes : d'une part, les épanchements purulents enkystés volumineux, sur lesquels je reviendrai ; et, d'autre part, les adhérences vicieuses, indurations des annexes, même indurations volumineuses, produisant ce qu'on appelle l'utérus enclavé dans le bassin.

Contre ces états nous avons les moyens *non opératoires* suivants : *le massage et l'électrolyse.* Je me hâte d'ajouter que leur action n'est certaine que si le pus est résorbé. Or, un très petit nombre de séances permet de s'assurer si cet état favorable existe ou non. On commence en quelque sorte par une tentative exploratrice.

Le massage utérin préconisé par Thure Brandt, mis en honneur par son élève Profanter, dans le service de Schultze à Iéna, longuement développé par Vuillet, de Genève, donne quelquefois des résultats merveilleux. Je choisis parmi les cas que j'ai observé, un de ceux qui me paraissent les plus frappants, et que j'ai traité il y a quatre ans.

Observation. — Mme M....., 43 ans, a eu, il y a vingt ans, une première poussée de pelvi-péritonite. Rechute violente il y a quatorze ans; depuis, nombreuses poussées inflammatoires. En 1888, je constate l'état suivant : Col gros, presque à la vulve. Utérus immobile, absolument enclavé. Cul-de-sac droit, une tumeur dure, grosse comme le poing, acccssible par le palper abdominal. Cul-de-sac gauche abaissé et dur. Toucher rectal, masse dure remplissant la poche de Douglas, et entourant l'utérus. Cet examen ne put être fait que sous le chloro-

forme, tant la douleur était vive. Etat général mauvais, malade très amaigrie, gastralgie constante, douleurs empêchant absolument la marche. Menstruation irrégulière et douloureuse. Je fis en six mois quarante-sept séances de massage de deux à cinq minutes. A la quarantième, voici quel était le résultat obtenu. Disparition de tout exsudat en arrière, à gauche et en avant. Il reste seulement une adhérence à droite, à la place de la tumeur, qui a fondu sous le doigt. L'utérus est mobile, sauf au fond où est cette adhérence. Je commence à lui imprimer des mouvements de torsion.

A la fin de la quarante-septième séance, l'utérus était mobile partout. On sentait seulement une petite induration du volume d'une petite noix, non douloureuse. La malade a quitté Paris. Je la revis cinq mois plus tard ; état général bon ; règles revenues régulièrement et sans douleurs. Elle pouvait faire d'assez longues marches. L'utérus est tout à fait mobile et indolent, son volume est diminué, la malade ne se plaint plus et se regarde comme guérie. Le mari est venu me voir il y a un an ; il m'a dit que l'état de sa femme est le même et satisfaisant.

Ce cas est très probant. La malade présentait tous les signes classiques de pyo-salpingite ancienne et justiciable de l'hystérectomie. On voit qu'il n'en a rien été, et que le massage, moyen assurément long et pénible, en a eu complètement raison.

Le même moyen m'a donné des résultats très complets dans d'autres cas moins graves d'induration des culs-de-sac, avec troubles locaux, troubles généraux, vertiges, et même troubles réflexes oculaires, véritable amaurose que j'ai observée et guérie trois fois.

Il est un autre agent thérapeutique véritablement actif dans quelques cas, c'est l'*électrolyse*, faite avec ponction, suivant la méthode d'Apostoli.

Vous avez tous lu la description de son procédé. On fait une ponction dans les indurations, en arrière de l'utérus, et l'on fait passer un courant de 30 à 50 milliampères, en mettant le pôle négatif dans le vagin, et le pôle positif sur le ventre.

J'ai expérimenté cette méthode, et j'en ai retiré un certain bénéfice. Voici deux cas très démonstratifs.

Première observation. — Marie P..., 30 ans, trois enfants. Hématocèle en 1887. Deux fausses couches. Pelvi-péritonite grave, qui laisse de fortes douleurs. Utérus en antéversion, immobile. Tumeur dure et douloureuse remplissant le cul-de-sac postérieur entre le rectum et l'utérus. Electrolyse de 50 à 100 milliampères.

A la quatrième séance, mieux sensible ; la tumeur a diminuée. A la sixième séance, les douleurs ont disparu. Il reste seulement un

noyau induré du volume d'une cerise en arrière et à droite. La malade est revue au bout de cinq mois.

L'utérus est mobile et toutes les douleurs ont disparu.

Deuxième observation. — L..., 22 ans, trois enfants. Dernier accouchement difficile, péritonite, depuis elle souffre. Utérus gros. Cul-de-sac postérieur douloureux, une masse dure et sensible le repousse. En deux séances d'électrolyse, elle a disparu. J'ai revu la malade au bout de deux ans et demi ; elle a eu deux enfants à terme et ne souffre plus. L'utérus et le cul-de-sac postérieur sont libres.

Ce dernier cas est particulièrement remarquable. La malade avait eu une pelvi-péritonite avec épanchement et gardait une masse inflammatoire. Sans opération, elle fut si bien guérie, qu'elle a eu deux enfants depuis.

Ces deux cas très typiques n'auraient pas mieux guéri par l'hystérectomie et la dernière malade n'aurait pas eu d'enfants.

Il est évident que l'électrolyse ne peut pas être opposée à tous les cas. Elle est effective contre les masses très dures et d'un médiocre volume. De plus, si par hasard la ponction électrique a ouvert une poche purulente, il est très facile de la drainer, comme je le dirai plus bas.

Les cas dont je viens de parler sont relatifs à des masses péri-utérines dures; mais quand on se trouve en présence de poches nettement fluctuantes, il ne reste plus qu'un seul procédé : l'ouverture et le drainage bien faits.

Les tumeurs fluctuantes sont de nature variable : pus ou sang. Elles peuvent être des pyo-salpingites, des pelvi-péritonites enkystées, des tuberculoses du péritoine ou des trompes. Je ne fais que citer les hydro-salpingites simples pour lesquelles on a fait des hystérectomies bien inutiles. Or, comme je le disais plus haut, le diagnostic certain de la nature du liquide est souvent très difficile. Je repousse donc l'hystérectomie faite comme premier acte opératoire, et pour ainsi dire *exploratrice.*

. Notre sentiment est que la première attaque du mal doit être une incision large et franche de la poche fluctuante par le cul-de-sac postérieur, suivant les principes de Récamier. On peut ainsi explorer la cavité, la laver largement, et faire le drainage avec un drain en T, ou la bourrer de gaze iodoformée.

Si la poche est unique, on peut la vider toute entière d'un seul coup.

S'il y a plusieurs poches, on peut, avec les doigts ou des instruments bien conduits, on peut, dis-je, les faire communiquer largement avec

la poche la plus inférieure, et les traiter de la même manière. Tout cela demande seulement un peu d'habitude de l'opération.

On peut également faire le nettoyage de la poche avec une curette mousse, maniée avec prudence, et enlever les débris de l'ovaire et de trompe putréfiés.

L'incision de la poche est facile à faire, soit directement au bistouri, soit avec le trocart de Laroyenne et le cystotome, en dirigeant la lame suivant la plus grande surface de la tumeur.

Cette manière d'opérer a des avantages.

Il n'y a jamais de choc traumatique, si épuisée que soit la malade. Le péritoine n'est jamais ouvert, donc pas de chances de péritonite. Le drainage se fait par la partie la plus déclive et réalise le *drainage idéal.* On respecte l'utérus, ce qui rend l'opération très rapide et nullement périlleuse.

Si la poche de pus était en communication avec le rectum, les matières infectantes passeront naturellement par ce chemin et ne pourront aller infecter le péritoine resté intact.

J'ajoute que si l'on fait une erreur de diagnostic, si l'on trouve une poche unique contenant simplement du liquide séreux ou du sang, l'utérus n'est pas touché et la femme reste féconde. Plus tard, si l'utérus est immobilisé par le tissu cicatriciel, on le mobilise par quelques séances de massage, comme je l'ai dit plus haut.

Voici un exemple de pyo-salpingite blennorrhagique, dans lequel nous avons parcouru une partie des étapes du traitement que nous avons indiqué, sans avoir eu besoin d'aller jusqu'à l'hystérectomie.

Observation. — Blanche T..., 24 ans, entrée à l'hôpital Saint-Joseph en mai 1892, s'est mariée il y a un an.

Quelques jours après son mariage, vaginite et urétrite blennorrhagiques. On lui fit un curettage qui la soulagea, mais les douleurs ont reparu très vives.

Examen. — Utérus abaissé, en antéversion douloureuse, fixé dans le bassin. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse dure, peu volumineuse. Par le toucher rectal, on sent que cette masse remplit la poche de Douglas. Je prescris l'antiseptie vaginale. Au bout de quinze jours il semble que la masse a diminué. La malade est endormie et je constate que la tumeur est petite, du volume du doigt, verticale, appliquée contre la symphyse sacro-iliaque droite. Je me décide à faire du massage utérin. Je fais trois séances très douloureuses. Les règles reviennent pendant cinq jours. Je reprends le massage qui n'est pas supporté et fait revenir le sang. Je me décide alors à ouvrir la poche par le vagin. Le 17 juin. Incision au bistouri. La poche est

ouverte ; il en sort un pus crémeux. Je fais le curettage et je cautérise au chlorure de zinc, je bourre à la gaze iodoformée.

1er juillet. La plaie verse du pus. La malade est endormie, et je constate que la poche a 8 centimètres de haut, et présente un diverticule inférieur qui contourne le côté droit du rectum, passe au-devant du sacrum, et descend vers la fosse ischio-rectale. Je sectionne verticalement le fond du vagin très bas, sans pouvoir atteindre le fond de la cavité. Je nettoie toute la poche, que je cautérise au chlorure de zinc, et je place un drain en T.

Le drain resta seize jours en place, on y faisait des injections antiseptiques deux fois par jour. Au bout de ce temps la cavité fut bourrée de gaze iodoformée et guérit en dix jours. La mobilité de l'utérus fut rétablie par quelques séances de massage.

Nous n'avons nullement l'intention de dire que ce moyen peut suffire pour tous les cas. Il est suffisant si les poches sont basses, facilement accessibles, largement ouvertes, et d'un drainage facile.

Il est même suffisant pour une suppuration aiguë.

Dans les autres cas, il n'y a pas à hésiter, il faut l'hystérectomie vaginale sans restriction.

Il en est de même si, après un drainage bien fait, la suppuration persiste, ou réapparaît; si l'état général reste mauvais, c'est qu'alors toutes les poches ne sont pas ouvertes, ou le sont insuffisamment.

L'incision devient donc pour nous un double moyen : curatif dans les cas simples, et indicateur de l'hystérectomie dans les cas rebelles. C'est donc une opération faite en deux étapes : la seconde étape étant subordonnée au résultat fourni par la première.

J'ajoute même, en terminant, que certains cas de suppuration semblent exiger l'hystérectomie, qui auraient pu guérir par l'incision avec drainage fait plus adroitement. Voici un fait de ma pratique qui en est une bonne démonstration :

Observation. — Pyo-salpingite. Ouverture vaginale insuffisante. Hystérectomie vaginale. Fistule persistante. Drainage de la fistule. Incision.

Mme F..., 25 ans. Fausse couche en 1889 suivie d'accidents douloureux du ventre, pour lesquels elle est soignée trois mois. En 1891, violentes douleurs du ventre, fièvres. Je constate une grosse tumeur dans la poche de Douglas, à gauche, et une petite à droite. Ouverture vaginale. Il coule 300 grammes de pus vert et odorant. Drainage. Iodoforme. Débridement nouveau, le pus reste fétide. Au bout de trois mois, hystérectomie vaginale; les annexes droites furent trouvées saines. Je ne trouvais qu'une très petite poche purulente. La fistule

se reforma. Au bout d'un mois, je dilatai la fistule avec de la laminaire, et sous le chloroforme je fis une exploration complète. Je trouvai une première poche du volume d'une noix, puis plus profondément une cloison molle qui se creva et laissa couler du pus odorant. J'introduisis une curette de Récamier qui pénétra en haut et à gauche à 4 centimètres. La cavité fut nettoyée, lavée au sublimé, cautérisée au chlorure de zinc à 1/10, bourrée de gaze iodoformée, et guérit en quinze jours.

J'ai maintenant la conviction que si, lors de la première ouverture, j'avais fait un examen plus méthodique et plus approfondi, j'aurais facilement trouvé et drainé la poche, et évité une hystérectomie, car l'utérus n'était pas un obstacle au drainage.

Notre intention n'est pas de présenter ici une statistique montrant un grand nombre de fois la même opération. Nous estimons qu'une telle statistique n'entraîne pas la conviction. Elle prouve que l'opérateur a eu le parti-pris de traiter de la même manière, toutes les affections similaires, qui se sont présentées à lui ; mais elle ne fait pas la preuve que son procédé est seul à appliquer. Il arrive même souvent que le but est dépassé, et que l'opérateur a employé un procédé grave pour des affections bénignes, qui auraient parfaitement guéri par des procédés plus simples.

Voici, pour me résumer, comment nous comprenons aujourd'hui le traitement des affections qui nous occupent :

1° Indurations péri-utérines petites et dures : antisepsie vaginale et utérine, curettage ; plus tard, massage utérin et électrolyse. En cas d'échec, hystérectomie vaginale.

2° Poches élevées. Laparotomie.

3° Poches fluctuantes et basses. Faire d'abord l'ouverture vaginale large et le drainage soigné. Si le mal résiste, hystérectomie vaginale.

More Madden (Dublin). — There is probably no question which could be more appropriately considered by the *First International Congress of Gynæcologv* than one which so much illustrates the progress of modern gynæcology, and the revolution which has occurred in its theories and methods of practice, as does the one selected for the present discussion, namely the treatment of *Pelvic Suppurations*. Hence I shall venture to contribute at my mite towards its settlement, by my far more experienced and competent confreres who are now assembled in Brussells, from all quarters of the world where Gynæcology is culti-

vated, the following brief observations embracing the result of nearly a quarter of century clinical experience with regard to the causes, symptoms, and treatment of those special inflammatory lesions which are frequently met with either in the connective tissue or in the peritoneal folds within the pelvic cavity. To the former of these the term parametritis has been applied by many authorities who restrict the name perimetritis, or pelvi-peritonitis, to the latter. These terms are not a little misleading, being founded on theoretical distinctions between pathological conditions which, generally speaking, are clinically inseparable; as in such cases the pelvic inflammation seldom long remains, either strictly cellular or peritonitic in its situation. Hence, in this place, I shall employ Nonat's original nomenclature, viz., « peri-uterine phlegmon, » as including not only pelvic cellulitis or inflammation of the areolar tissue adjacent to the uterus (*i, e.,* in the broad ligaments, or in that between the uterus and rectum, bladder, or abdominal parieties) but also embracing a similar condition of the pelvic peritoneum.

A few years ago a somewhat exaggerated amount of special importance was attached to this subject by gynæcological writers generally, who, under the terms para and perimetritis, in many cases described conditions and symptoms which are now more corretly recognised as the result of Fallopian tube disease, such as salpingitis, pyo and hydrosalpinx, etc. Nevertheless, a sufficiently large number of cases remain in which we have to deal primarily with inflammation situated in the cellular or serous intrapelvic tissues, to render their special and careful consideration an indispensable portion of our present observations.

The former, or cellular variety of peri-uterine phlegmon, is that most likely to originate from uterine inflammatory causes, traumatic or puerperal, whilst the latter, or peritonitic form, is more commonly consequent on sepsis primarily affecting either the uterus or fallopian tubes. Be the origin of this condition what it may, however, in the course of its development both the cellular and the peritoneal structures of the pelvis are liable to become eventually complicated. At the same time, the symptoms and results in each instance must obviously be largely modified by the primary cause of the disease, and by the special structure of the parts originally or chiefly engaged in it.

Etiology of Peri-Uterine Phlegmon. — In the majority of instances of pelvic inflammation leading to suppuration, the origin of the disease is traceable to puerperal sepsis. In almost as many other cases, however, the septic invasion is consequent on tubal disease and then

most commonly on gonorrhœal salpingitis. Thirdly, although this is denied by Bumm and other recent authorities, we also, as shown in the cases of this kind that have come under my own observation, meet with parametritic inflammation in not a few instances from non-septic causes, such as traumatic or other purely inflammatory lesions of the uterus or its appendages, as well as from exposure to cold, external injuries, and the metastasis of inflammation from other parts. Under such circumstances we may have all the symptoms of a peri-uterine phlegmon which may terminate either in recolution or in localised suppuration in the connective tissue, or pelvic abcess, without any evidence whatever of septic origin or invasion.

The most common causes of this disease are exemplified in the cases of peri-uteri phlegmon which, during the present session have been brought under our notice: thus, in one instance, the pelvic inflammation supervened on gonorrhœal salpingitis; in another it followed the operative treatment of stenosis by rapid dilatation of the cervix uteri; and in four cases the origin was puerperal. Of the latter, the first occurred in a primipara as the direct sequence of puerperal septicæmia; in the second and third cases, also primiparæ, it was traceable to parturient lacerations of the cervix, and in the fourth no special cause was discoverable. Four of these patients have recovered and the other two, one of whom has now been for eighty days in the hospital, will probably also be shortly discharged cured.

Symptoms. — The symptoms of pelvic phlegmon, as I just stated, are essentially modified by the causation of the disease in each instance. Hence, we must firstly consider the evidence of its existence in those cases in which it originates in the extension of traumatic or other inflammatory action from the uterus to the contiguous pelvic structures; and, secondly, refer to the more frequent instances in which this condition is consequent on septic infection. In the former, or inflammatory form of pelvic phlegmon, the early stages of the disease are more acute and better marked than in the latter. In such cases, as a rule, the first evidences of that active cell proliferation and consequent destruction or necrosis of the intra-cellular fibrillar tissue that commonly ends in suppurative changes therein, or pelvic abscess, is the occurrence of well-marked local pelvic sense of fulness and pain, the acuteness of which bears an exact proportion to the extent of peritoneal mischief present, being comparatively dull or obscure where the disease is purely cellular. Together with these local discomforts we have also present general pyrexia, rapid rise of temperature and pulse, and rigors, the cause of which

becomes apparent on recto-vaginal examination, by which, even at this early stage of pelvic cellulitis, a distinct peri-uterine tumefaction extremely tender on touch may by generally discovered in the retro-vaginal *cul de sac*, or extending upwards externally in the iliac or hypogastric regions.

After a few days the acute febrile disturbance generally subsides and the disease passes into the sub-acute or chronic stage to which it has probably already attained before it is recognised in the more general or septicæmic form of the complaint. Of this the early symptoms are more obscure, the most important being occurrence of rigors, rapid alternations of high and low temperature, some degree of obscure intra-pelvic discomfort together with pain and inhability of motion in the thigh of either side, and more or less rectal or vesical irritation occasioned by the increasing development of the pelvic tumefaction, the position and extent of which is thus pointed out and may be recognised on local examination somewhat in the vicinity of the cervical zone of the uterus. As a rule, as McClintock remarks, there is little acute pain but always considerable tenderness on pressure over the seat of the inflammation, which gradually passes into the chronic stage in which it may continue for weeks before terminating, as it may probably do in some instances in resolution, or as far more commonly happens in suppuration, the occurrence of which, is denoted by increased pain and tenderness, together with acceleration of the pulse, loss of appetite, emaciation, occasional chills, and night sweats. The general condition of the patient closely borders on, if it does not actually amount to, that of hectic fever. If this stage be of long continuance, the patient will be reduced to a state of marasmus, from which recovery would scarcely seem to be possible. Troublesome diarrhœa is not infrequently present at this period, and helps to weaken and exhaust her physical powers. In the meantime, the tumour is found to be enlarging in size, becoming more painful and fluctuating, and ultimately points and discharges itself either externally in the iliac region or above the pubes, or else is evacuated through the vaginal wall into the rectum, or bladder.

Diagnosis. — In reference to the differentiation of peri-utérine phlegmon from other pathological conditions with which it may possibly be confounded, the special predominance of either cellular or peritoneal inflammation in each case must be borne in mind. Thus if the phlegmon be clearly of the latter character, originating in tubal or ovarian causes, its most common result, when not terminating in resolution, will be the formation of a pelvic abscess that

eventually may open into any of the hollow viscera within that cavity and which, before that occurs, may require no little care to be distinguised, by a properly conducted physical examination and by the history of the case, from pyosalpinx, pelvic hæmatocele, and extopic gestation, as well as, though with less difficulty, from retro-uterine fibrocysts, abscesses from visceral or spinal disease and other intra-pelvic tumours. If, on the other hand, the peri-uterine phlegmon be primarily cellular although it may possibly eventuate in intra-peritoneal as well as pelvic suppuration, its usual issue will be ex-pelvic, the purulent collection then very commonly pointing externally either in the iliac or hypogastric regions, or on the pelvic floor, in each of which situations it must be distinguished from other abscesses that may be there found.

The exact differentiation of the peritonitic and cellular forms of peri-uterine phlegmon from each other is a question more easily decided on paper by the compilers of text-books than generally it will clinically be found by the practitioner.

A matter of far greater practical utility, as well as more feasible, is their common diagnosis from pyosalpinx, pelvic hæmatocele, and other pathological conditions with which either form of this disease is liable to be mistaken. The most important of these are pyosalpinx and pelvic hæmatocele. The diagnosis of the former has been sufficiently described and need not be here reiterated. From pelvic hæmatocele the differentiation of the cases now under censideration rests mainly on the clinical history of the disease, the situation, form, and other physical characteristics of the tumour and the nature of its contents. With regard to the latter, therefore, if, having first ascertained the existence of fluctuation in pelvic tumefaction by digital examination, any doubt still remains on this point, the question may be readily determined by the use of the exploring needle, or preferably by a fine aspirator, in which way the sanguineous or purulent contents of the tumour can be at once ascertained, and its true character either as a pelvic abscess or a hæmatocele be definitely pronounced.

Treatment. — In dealing with a peri-uterine phlegmon, our *modus medendi,* obviously, should be conducted on those familiar general principles that are applicable to all other inflammatory diseases, and which have been tersely summarised by Dr. Leishman as «the arrest of inflammation, the promotion of absorption, and the discharge of pus, when an abscess has actually formed.» The methods by which these objects may be best accomplished in the cases now under consideration must be mainly determined by the causation and seat of the

disease, as well as by its stage, and the special symptoms present in each case.

Referring, firstly, therefore, to the ordinary cellular form of peri-uterine phlegmon, it may be premised that in the treatment of a disease, as o rule, so chronic in its course as this, and one, moreover of which the ultimate issue, when judiciously treated, is so generally favourable, the practitioner should rely largely on the curative influence of the *vis medicalix naturæ*, in other words, his best adjuncts are time and patience, together with absolute rest, until either by resolution or by suppuration the disease subsides, and meanwhile he may find ample scope for his skill in relieving pain, obviating complications and supporting his patients physical strenght and confidence of recovery during a period of suffering which in such cases may be protracted over many weeks.

With the view of arresting the pelvic inflammation in the acute stage of a peri-uterine phlegmon local depletions, by means of leeches, of which from three to six may be applied either to the groin or to the congested cervix-uteri in these cases, is, generally speaking, serviceable. This practice is one, the value of which I first learned from Mc Clintock, in the Rotunda Hospital, many years ago, and which I have since then employed with equal advantage in my own practice, and which, from that experience therefore, I would confidently recommend to your adoption, unless when specially contra-indicated, as the best means of removing the local hyperæmia and blood stasis in the early stage of the disease, and so possibly aborting its further progress; or, failing this, as even then at least affording a generally effectual method of relieving the symptoms and abating the intensity of such pelvic inflammations.

Next to leeching I rely on warm hip baths given each night and local hot water douching, per vagina and rectum, twice or thrice daily during the course of the disease, together with poulticing and steeping of the lower abdomen, are the most efficient means both of favouring resolution in the early stage of peri-uterine phlegmon, and of promoting the discharge of suppuration if this subsequently becomes irresistible. If, during this process, acuteness of pain and consequent loss of rest renders it necessary, sedatives must be freely resorted to, and the changes may be rung on the various preparations of opium and morphia, whether by the mouth or by rectal suppositories, or by hypodermic injection, as well as by the use of the various other familiar hypnotics and sedatives, such as the bromides or bromidia sulphonal, etc., each of which in turn you may too often

have the opportunity of trying the merits or demerits of in the long course of these cases.

Any specific medical treatment in a disease such as peri-uterine phlegmon is out of the question. Nor can it be necessary that I should occupy time here by a recapitulation of those general anti-phlogistic therapeutics and dietetic directions which in most cases must in the first instance be adopted; or to the subsequent tonic and supporting measures which in this, as well as in all other similar chronic or sub-acute complaints, must be followed. At the same time, however, I may observe that as I am a believer in the old, but none the less still true, doctrine of the utility of mercury and iodide of potassium, in arresting or modifying inflammatory action, I always prescribe one or the other, and often both, in these cases. The former I generally give in almost homœopathic and long continued doses, such as a grain of grey powder or of Plummer's pill, in combination with two or three grains of quinine, or twice as much antipyrin, thrice a day as long as the temperature and pulse remain about normal in cases of peri-uterine phlegmon, unless from some other circumstance or personal idiosyncrasy this may be contra-indicated.

With regard to the treatment of the suppurative stage of the disease, opinions differ widely as to the expediency of evacuating the abscess as soon as possible, or leaving its discharge to Nature. The former was the method advocated, as a rule, by the older writers, whilst the latter is that now as generally favoured. On this point, however, as on all other similar questions, our practice should be guided not by the dicta of authorities, old or modern, but by an intelligent appreciation of the pathological condition with which we have to deal, the situation of the purulent collection, and the urgency of the symptoms in each instance. Thus, in the case of an abscess of parametritic origin pointing in the iliac or hypogastric regions or elsewhere externally, there can be no question as to the propriety of its immediate evacuation. Whilst in the case of a circumscribed pus formation clearly and wholly within the pelvic connective tissue the expectant line of treatment, unless specially contraindicated by some septicæmia or other urgent symptoms, is as unquestionably the best and safest practice.

If, on the other hand, an abscess due to a peri-uterine phlegmon be wholly or partially intra-peritoneal in its location distinctly tubal in its causation or septic in its character the consensus of modern opinion, as well as the voice of common sense, are in favour of its

speedy relief, either by aspiration, followed by washing out the abscess cavity and subsequent drainage if it be sufficiently acceptable for this method, or, if not, then the same object should be unhesitatingly accomplished by laparotomy. Whether, however, in these cases the matter be evacuated by the aspirator or by laparotomy, its complete discharge as well as the subsequent cleansing and drainage of the abscess cavity under thoroughly asceptic conditions are equally imperative. Nor is it hardly necessary to observe that in whatsoever way any peri-uterine abscess be evacuated, either by art or by Nature, the patient's constitutional condition and strength must be supported and maintained as far as possible by suitable nutriment, stimulants, and tonics.

Paul Segond (Paris). — Pressé par le temps et soucieux de de ne point fatiguer votre attention, je ne puis aborder l'analyse des importantes communications que vous venez d'entendre et qui feront certainement époque dans l'histoire des suppurations pelviennes. Je désire cependant vous exprimer la satisfaction que me donne votre acquiescement aux principales conclusions que je vous ai soumises à propos du traitement chirurgical des suppurations pelviennes. Et c'était bien là, quoi qu'on ait pu dire, la question dont vous m'aviez surtout confié la mise au point. La tournure de nos débats ne permet plus de le contester.

Quant à l'opération de Péan, je me félicite plus que jamais d'avoir pris devant vous sa défense. Sans doute, elle n'a point encore pour elle l'unanimité de vos suffrages, mais ceux-ci sont en nombre trop imposant pour que nos adversaires les plus acharnés ne soient pas contraints de reconnaître leur très haute portée. Bref, l'hystérectomie vaginale a maintenant sa place au nombre des méthodes de choix dont le chirurgien dispose pour guérir les suppurations peri-utérines; seules, ses indications précises sont encore l'objet de quelques divergences. Mais, laissez-moi vous le dire, grâce au Congrès de Bruxelles, je ne crois pas que l'étude des indications de l'hystérectomie vaginale tarde beaucoup à se compléter. J'ai même la certitude que dans un temps peu éloigné cette intervention sera bien, pour la majorité des chirurgiens, l'opération de choix, dans les conditions précises que vous savez et, j'en veux prendre acte dès aujourd'hui, c'est à vous que l'opération de Péan devra son plus grand pas vers cette prompte et définitive consécration.



SÉANCE DU VENDREDI 16 SEPTEMBRE 1892

10 HEURES DU MATIN

Présidence de M. le professeur GUSSEROW, de Berlin.

DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

Rapport de M. le Dr A. MARTIN, de Berlin.

Die Mittheilungen über ektopische Schwangerschaft in unserer Fachpresse häufen sich derart, dass wir es gewiss alle für ganz besonders zeitgemäss halten, hier, auf dieser Versammlung von Gynäkologen aller Länder, unsere Erfahrungen darüber auszutauschen. Unser Organisations-Comité wird sich den Dank Aller mit der Einreihung dieses Thema in die Tagesordnung erworben haben, wenn aus unserer Discussion auch nur in einem Punkt die Klarstellung zweifelhafter und streitiger Capitel in diesem Gebiet resultirt.

Als mir die Aufgabe angeboten wurde, die Erörterung dieses Thema einzuleiten, glaubte ich mit Rücksicht auf die Zahl meiner eigenen Beobachtungen mich derselben nicht entziehen zu dürfen. Aber schon die Sichtung meiner eigenen 56 Fälle hat mich belehrt, dass ein allzu weit ausgedehntesFeld zu bearbeiten ist. Der Versuch die Mittheilungen Anderer auch nur statistisch zu verwerthen, hat sich als eine fast unüberwindliche Schwierigkeit erwiesen. Ich muss desshalb um Ihre Nachsicht bitten, wenn das Bild unserer heutigen Kenntnisse von ektopischer Schwangerschaft, welches ich Ihnen vorzuführen versuchen will, Lücken zeigt.

Das fluthähnliche Anschwellen der Berichte über ektopische Schwangerschaft könnte zu der Annahme verführen, dass die perverse Eiinsertion im Verlauf der letzten Jahre in rapide zunehmender Häufigkeit erfolge. Ich glaube, wir stimmen alle darüber überein, dass weder eine zu dieser Annahme berechtigende Veränderung in den Generationsorganen der Frauen unserer Tage, noch auch eine neue Form der Erkrankung derselben anzunehmen ist. Auch die Zunahme der Bevölkerung der civilisirten Länder genügt nicht als Erklärung. Eine solche liegt lediglich darin, dass neben der verbesserten Untersuchungsweise die Entwickelung der Laparatomie-Technik und die erweiterte Erfahrung uns erlaubt, heute selbst da die Bauchhöhle dem Auge frei zu legen, wo die Diagnose auch nur mit Wahrscheinlichkeit auf eine ektopische Schwangerschaft hinweist.

Ætiologie der Ektopischer Eiinsertion.

Trotz der Fülle von Beobachtungen ektopischer Schwangerschaft sind wir betreffs der *Ætiologie* derselben, genau genommen, nur wenig vorwärts gekommen.

Mir scheint der Grund hierfür darin zu liegen, dass die Physiologie der Schwängerung auch heute noch namentlich in dem Punkt eine Hypothese ist, an welchem Ort der physiologische Contact zwischen Spermatozoen und Ei erfolgt. Die Annahme *Wyder's*, dass das Cavum uteri der normale Ort dieses Contactes sei, hat sehr viel für sich. Der Mechanismus der Ueberführung des Eies aus dem Ovarium durch die Tube zum Cavum ist jedenfalls noch streitig : wird sie von dem Cilienstrom, wird sie von der Peristaltik der Tube bewirkt? Wenn der Contact zwischen Ovum und Sperma nur im Cavum uteri erfolgen könnte, so wäre die ektopische Entwickelung allein unter der Voraussetzung denkbar, dass das im Cavum geschwängerte Ei wieder in eine Tube gelangt, also eine sogenannte « innere Ueberwanderung » statt hätte. Für das Vorkommen einer solchen inneren Ueberwanderung des Eies beim Weibe ist neuerdings in *Wyder* (1) ein überzeugter Vertheidiger aufgetreten. Dennoch muss man wohl *J. Veit* (2) und *Werth* in ihrer Kritik des Wyderschen Beweissmaterials Recht geben. Nach meiner Auffassung ist es für den Werth desselben verhängnissvoll, dass der Nachweiss des Corpus luteum in demselben fehlt, und dass das Präparat selbst einer Nachprüfung nicht mehr zugänglich ist, die heute, nach der Entwickelung unserer einschlägigen Kenntnisse, die Frage aufklären könnte.

Die unmittelbar nach dem Contact mit dem Sperma eintretende Schwellung des Eies muss sofort eine solche Volumzunahme desselben herbeiführen, dass schon desshalb die innere Ueberwanderung des Eies bei der Frau als ein zunächst unverständlicher Vorgang zurückzuweisen ist.

Dass das Ovum des einen Ovarium durch das Ostium abdominale der anderen Tube eintreten und normal in das Cavum uteri gelangen kann, die « äussere Ueberwanderung » ist so oft durch pathologische Präparate bewiesen, dass die Ausführungen von *Hasse* (3) nur eine sicher willkommene Bestätigung waren.

Unter welchen Umständen kommt es zur ektopischen Eiinsertion?

Sehen wir ab von ganz hypothetischen Voraussetzungen, wie z. B. dass gewisse Störungen in coitu, Schreck und Shock oder Erschütterung des Leibes post coitum den bei der Frau an sich noch hypothetischen Motus peristalticus Tubae beeinflussen sollen, so erscheint die nächstliegende Ursache eine mechanische Behinderung der Fortbewegung des Eies bis zum Eileiter selbst, Verlagerung des Eierstockes, peritoneale Erkrankung, sodam abnorme Entwickelung, Abknickung, Abschnürung, Divertikelbildung, Schleimhauterkrankung, oder Neubildung im Eileiter (4).

Gewiss ist zuzugeben, dass jede einzelne derartige Behinderung im

---

(1) *Archiv. f. Gyn.* XLI S. 135.
(2) *Ges. f. Geb. & Gyn.*, zu Berlin, 1892.
(3) *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, XXII.
(4) *Zinke, Amer. Journ. of Obst. Feb.*, 1890 S. 128.

Einzelfalle eine gewisse Rolle spielen kann. Ueberschauen wir aber grössere Beobachtungsreihen, so begegnen wir keiner derselben in annähernder Constanz. Auffallend häufig ist der Eileiter namentlich in vollkommen normalem Zustand bis zu dem Fruchtsack. Noch häufiger erklären sich die gesammten Veränderungen als das Ergebniss eben der ektopischen Ei-Einbettung. Unter meinen 56 eigenen Beobachtungen waren 18 mit uterinen, 17 mit tubaren, 21 mit ovarialen Erkrankungen. Endlich fand sich fast in allen das Peritoneum in einem mehr oder weniger starken Reizzustand. Diese pathologischen Veränderungen müssen aber in ihrer Mehrzahl mindestens als durch die Schwangerschaft gesteigert bezeichnet werden. Gewiss weist die Anamnese der ektopisch Schwangern oft auf überstandene Genitalerkrankung hin, worauf neuerdings *Engstroem* (1) Gewicht legt, die Mehrzahl der Frauen ist aber so zu sagen klinischgesund gewesen zu der Zeit, als die perverse Schwangerschaft eintrat. Ich hatte 7 Nulliparae zu verzeichnen, mit relativ nicht zu langer Dauer der Ehe bis zur Entwickelung dieser Schwangerschaft : 23 sind nach einem Intervall von bis zu 2 Jahren nach ihrer letzten Geburt wieder schwanger geworden, mehrfach lagen nur wenige Monate zwischen den beiden Graviditäten, der intra und extrauterinen, eine hatte das Kind noch an der Brust.

Wenn man die Schwierigkeit der Entwickelung des ektopischen Fruchthalters betrachtet, so liegt es nahe anzunehmen, dass nur ein relativ gesunder Oberflächenabschnitt der Bahn des Eies zum Cavum uteri für die Eiinsertion sich eignet. Mögen dann Erkrankungsprocesse der verschiedensten Art vorausgegangen sein, dieselben müssen sich nahezu wieder ad integrum zurückgebildet haben, wenn sich aus ihnen für das Zustandekommen der Schwangerschaft nicht überhaupt ein absolutes Hinderniss ergeben soll : *Der betreffende Nährboden muss annähernd gesund und entwicklungsfähig sein.*

Nehmen wir an, dass das Cavum uteri der physiologische Ort der Begegnung von Ovum und Spermatozoen ist, so entsteht die ektopische Schwangerschaft vielleicht dadurch, dass das Sperma ausnahmsweise über die Uterushöhle hinaus vordringt. Bei der Hündin und dem Kaninchenweibchen bildet das die Regel, wie wir seit *Lott*'s (2) Beobachtungen wissen. Bei diesen Thieren entwickelt sich das Ei physiologisch ebenso wie in dem kleinen Cavum auch in der Tube, welche durch die regelmässig mehrfach geschwängerten Ovula perlschnurartig ausgedehnt wird. Für die Frau ist der bestimmte Beweiss für ein physiologisches Vordringen des Sperma in die Tube nicht erbracht. Liegt es nicht nahe, anzunehmen, dass ektopische Schwangerschaft bei der Frau eben dann entsteht, wenn überhaupt das Sperma über das Cavum uteri hinaus vordringt? Ich will diese Hypothese nicht weiter verfolgen, nicht weiter ausführen, dass gewiss nicht immer in solchen Fällen die Ovula auch zur Entwickelung gelangen müssen, wie das ja sicher auch nicht bei dem Contakt im Uterus geschieht, auch möchte ich nicht weiter darauf eingehen, dass der Weg für das Sperma nach der Tube etwa durch die vorausgegangene Erkrankung geöffnet sein könnte : so lange wir die *Physiologie* der Schwängerung nach dieser Richtung nicht kennen, bleibt auch die *Aetiologie der ektopischen Einnistung in Dunkel gehüllt.*

---

(1) *Z. f. Geb. & Gyn.* XXIV.
(2) *Zur Anatomie u. Physiologie des Cervix uteri*, Erlangen, 1872.

Topographie der Ektopischer Eiinsertion.

Wir wissen, dass die *Insertion des Eies* auf dem ganzen Weg vom geborstenen Follikel bis zur Einmündungsstelle der Tube in das Cavum uteri erfolgen kann.

Die *ovarielle Insertion* muss als gesichert, wenn auch als selten anerkannt werden. Wir verlangen für die Anerkennung einer Ovarialschwangerschaft den Nachweiss des intakten Verhaltens beider Tuben und des anderen Ovarium. Neben den Fällen von *Leopold*, *Walter* u. Anderern entspricht der Fall 40 (Fig. 1.) meiner Liste und ein Fall von *Mackenrodt* (1) (Fig. 2.), dieser Forderung.

Die *primaere Abdominalschwangerschaft* wird von der überwiegenden Mehrzahl der Gynäkologen als noch unerwiesen betrachtet, trotz der Fälle, welche noch neuerdings *Sutugin* in der Zeitsch. f. Geb. & Gyn. B. XXII mittheilt. In der III. Auflage eins der neusten französischen Lehrbücher (2) wird sie noch erwähnt, ebenso wird sie, wenn auch als zweifelhaft, in dem vortrefflichen Lehrbuche von *Lusk* erörtert.

Secundaere Abdominalschwangerschaften sind nicht selten, wie wir bei der Erörterung der verschiedenen Arten des Ausgangs *tubarer* Schwangerschaften noch zu erwähnen haben werden.

Ueberwiegend häufig ist der *Sitz des Eies in der Tuba*. Hier überwiegt ganz absolut der in der *Ampulla tubae*. Von meinen 55 Fällen *tubarer* Gravidität waren 49 *ampullär*, 1 *interstitiell*, aber auch bei den 5, welche als *isthmisch* angesprochen werden können, sass immer das Ei halb in dem Ampullenabschnitt.

Warum die isthmische Form so selten gegenüber der ampullären erscheint, dürfte seine Begründung wohl in der Enge des Canals, dem Fehlen der Falten, der geringen Durchsetzung der Wand mit Gefässen haben.

Es erscheint nicht ausgeschlossen, dass es sich bei manchen der als interstitiell berichteten Fälle, um Schwangerschaft in einem unvollkommen entwickelten Uterushorn gehandelt hat.

Die Ampulla tubae mit dem Wirrsal ihrer gefässdurchsetzten Falten, ist der gegebene Platz für den Aufenthalt des Eies, welches hier sowol dem Cilienstrom als dem Motus peristalticus entrückt ist, und einen entwicklungsfähigen Nährboden findet.

Ein überraschendes Bild scheinbarer *Tubo-Abdominalschwangerschaft* bot N° 55 meiner Tabelle (Fig. 3). Das Ei sass auf der Fimbria ovarica frei auf; sein Nährboden war Ampullenschleimhaut. Die übrige Oberfläche des Eies war in Blutgerinnsel gehüllt, ohne mit den benachbarten Theilen in inniger Verbindung zu stehen.

Eine ganz absonderliche Form *Tubo-Ovarialer* Schwangerschaft entwickelt sich bei den Fällen von sog. *Ovarialtuba*, bei denen *Ovarial*-hohlräume follilulären oder cystomatösen Ursprungs, mit der *Tube* so verwachsen sind, dass jene mit dem Lumen dieser communiciren. Unter meinen 56 Fällen finden sich

(1) *Demonstrirt in der Ges. f. Geb. & Gyn*, zu Berlin, 1892, 23. X.
(2) Auvard. *Traité des accouchements.* I. Paris 1890.

5 hierhergehörige. Dann sind 2 Möglichkeiten bis jetzt constatirt. Das Ei, welches einem in der Wand des ovarialen Hohlraumes gelegenen Follikel entstammt, wird in diesen entleert, hier geschwängert und kommt hier zur Entwickelung. Ein solcher Fall ist der in Figur 2 abgebildete. Oder das Ei kommt aus dem ovarialen Hohlraum noch in die Tube, und wird hier geschwängert. Ein Beispiel hiervon ist Fig. 4 (1).

Zu den ganz atypischen Fällen der Eiinsertion, welche *Köberle* beobachtete (primäre Bauchhöhlenschwangerschaft nach Amputatio uteri myomatosi) und welche von *Müller* als Entwickelung in einem Bruchsack (Allg. Wiener med Zeitsch. 1862, N° 29) beschrieben sind, kann ich einen neuen hinzufügen, den mir der behandlende Arzt, Herr Dr. *Wendler* zur Verfügung stellt. Er hat nach Exstirpatio uteri vaginalis wegen Carcinom Schwangerschaft in dem Tubenende beobachtet, welches in das Scheidengewölbe eingenäht war, und regelmässig eine Art von Menstruation gezeigt hatte. Nach zweimaligem Ausbleiben der Regel erfolgte Abort. Wendler entfernte das Ei aus dem erweiterten uterinen Tubenende. Patientin genas.

Entgegen der Annahme einer überwiegenden *Disposition* der *linken* Tube gegen *die rechte*, habe ich 34 Mal das Ei in der rechten und nur 22 Mal in der linken gefunden.

Wir wissen aus zahlreichen Beispielen (2) dass neben der ektopischen Schwangerschaft sich gleichzeitig eine intrauterine entwickeln kann. Das Vorkommen von Zwillingsschwangerschaften in einer Tube ist durch das Präparat von *Carl Ruge* bewiesen. Seit *Puech's* (3) Publikationen sind die Fälle von wiederholter ektopischer Schwängerung derselben Person mehrfach berichtet, so neuerdings von *Leopold Meyer* (Hospital Tidende 1890), von *Boisleux* auf der Versammlung deutsch. Naturforsch. u. Aerzte, 1891, und von *Mackenrodt*, in der Berliner Gesellschaft für Geburtshülfe und Gyn. 1892, 8. Januar (Fig. 5 u. 6). Fig. 6 zeigt das geschrumpfte Ei der ersten ektopischen Schangerschaft. Pat. blieb dauernd leidend, bis die andre Tube schwanger wurde. Mackenrodt restirpierte beide Tuben. Pat. ist vollständig genesen.

Andererseits liegt kein Grund vor, dass Frauen nach Erledigung ihrer ektopischen Schwangerschaft nicht wieder *intrauterin concipiren*, wie schon das bekannte Beispiel des Falles von *Leinzell* (4) bewiesen hat.

Physiologie der Eientwickelung bei Ektopischer Insertion.

Wir wissen, dass die Einbettung des Eies alsbald zur Bildung einer *Decidua tubae* führt. Das Ei senkt sich zwischen Falten, diese umschliessen es. Bald erscheinen diese Falten verdickt, es tritt in ihnen eine massenhafte Gefässneu-

---

(1) *Einen ähnlichen Fall hat J. Veit beobachtet; vgl Schäffer Z. f. Geb. u. Gyn.*, XVII S. 13.

(2) *Browe. Amer. Gyn. Soc.*, VI. S. 445. 1891 ; zuletzt von Rosthorn, Wien. kl. Woch. 1890, N° 22.

(3) *Gaz obstr.*, 1857, N° 21.

(4) *Diss. inaug.*, Orth, Tübingen und Stuttgart, 1853.

bildung auf. Die Falten-Capillaren erweitern sich, sie werden zu den intervillösen Räumen, welche die in die Oberfläche eindringenden Zotten umspülen. Bemerkenswerth ist ihre im Vergleich zu den analogen uterinen Verhältnissen unregelmässige Bildung.

An der dem Ei zugewandten Seite der Falten wird das einschichtige *Epithel* vielschichtig, die Zellen erscheinen verjüngt, abgerundet. Die Kerne werden kleiner, zeigen Furchungsprocesse. An der dem Ei abgewandten Seite bleiben die Faltenepithelien einschichtig erhalten, sind plattgedrückt. Nicht selten sieht man mehrere Falten auf einander gedrückt, so dass scheinbar mehrfache Membranlagen entstehen. Fig. 7 zeigt ein solches Bild aus dem Präparat N° 50 meiner Tabelle.

Die dem Ei anliegenden Epithelmassen nehmen zum Theil die Zotten auf, sie stellen die *Decidua reflexa* dar. Eine völlige Umschliessung des Eies scheint im Gegensatz zur uterinen Reflexa nicht zu Stande zu kommen. Der der Haftstelle abgewandte Theil bleibt unbedeckt. Das Faltenende umsäumt das wachsende Ei wie ein hoher Wall.

Die *bindegewebige Masse der* Falten nimmt, wie man nach einigen Präparaten vermuthen muss, erst später an der Wucherung Theil, so dass die Provenienz der Deciduazellen selbst noch fraglich erscheint.

Im prägnanten Gegensatze zu der uterinen Decidua erfolgt die Bildung der tubaren nur im Bereich der Chorionzotten. Weiter entwickelt sie sich heerdweise, in Gestalt lose zusammenhängender Zellhaufen, und wird anscheinend nicht zu einer zusammenhängenden Membran.

Ist es erst zur Entwickelung einer foetalen Placenta gekommen, so zeigt diese, soweit sie bis jetzt bekannt, keine wesentliche Verschiedenheit von der uterinen.

Die *Muskulatur der Tubenwand* verändert sich am deutlichsten, ja *oft überhaupt nur an der Stelle der Eiinsertion.* Während die uterine Muskulatur wuchert, progressiv sich entwickelt, wird die in dem betreffenden Tubenabschnitt zu einer functionsunfähigen Gewebslage.

Viele Muskelbündel atrophiren unter dem Druck des wachsenden Eies, andere werden auseinandergedrängt. Die Kerne erscheinen tinctionsunfähig, ihr bindegewebiger Stützapparat unentwickelt.

Vielfach finden sich Spuren frischer capillärer Blutungen in Form von Pigmentschollen, auch bei intakt herausgenommenen Tubenpräparaten.

Das *Peritoneum* der Tube ist zuweilen nur wenig verändert, zuweilen in einem Wucherungszustand, der sich in Mehrschichtigkeit und Volumzunahme der Zellen ausspricht (1). Diese Reizerscheinungen treten ähnlich wie bei allen sonstigen peritonealen Veränderungen hervor.

Im Gegensatz zu diesen Veränderungen am Sitz des Eies, finden sich in den übrigen Abschnitten der *schwangeren Tube nur unwesentliche Spuren bei der tubaren Eiinsertion.* Selbst die in der Tube dem Ei gegenüber liegende Wand kann fast intakt sein, abgesehen von den Wirkungen des Druckes des wachsenden Eies. Jedenfalls nimmt das uterine Ende viel weniger als das abdominale daran Theil. Nur das Fimbrienende ist fast immer stark aufgelockert, hyperthro-

---

(1) *Orthmann, Z. f. Geb Gyn.*, BD. XX.

phisch. Stets bleibt die Tubenwand als soche, wenn auch nur als eine dünne Membran nachweisbar, falls sie nicht durch Ruptur bei der Endkatastrophe gesprengt wird.

Die *Ausbuchtung der Wand* findet sich zuweilen in der Form eines Divertikel, das sich ebenso scharf an der Wand von seiner Umgebung absetzt, wie die Deciduabildung in der Schleimhaut.

Nicht immer gelingt es das Flimmerepithel in der übrigen Tube nachzuweisen; dasselbe geht sicher oft bei dem weiteren Verlauf zu Grunde, wenn es nicht schon durch frühere Erkrankungen zerstört gewesen ist. Auch der Inhalt der Tube abseits des Eies kann ein pathologischer sein, vereinzelt sah ich hydropischen Tubeninhalt, Eiter und Blutansammlungen.

Bei *weiterer Entwickelung der Schwangerschaft* kommt es zu Abknickung des Lumen., *Verlagerung* des Canales, *Drehung und Schlängelung* des ganzen Eileiter. Das Fimbrienende bleibt in der Regel geöffnet, wenn auch das Ostium durch den Druck des wachsenden Eies zusammengeschoben, durch Apposition an die nächstgelegene Wand des Beckens verlegt erscheint. Dadurch erklärt sich der so häufige Befund von Blutung aus dem Ostium und Austritt des Eies resp. des Fœtus. Verlöthung des Ostium dürfte, wo sie sich findet, ein Rückbildungsvorgang nach dem Tode des Eies sein, und im Anschluss von Blutungen zu Stande kommen.

Die *Gestaltveränderung* des mit dem wachsenden Ei beladenen Oviduct hängt in erster Linie von der Art der Eiinsertion ab. Ist die Ampulle der Sitz des Eies, so schwillt dieselbe kolbig an. Der Theil der Wand, welcher das Ei trägt, wird verdickt durch die Entwickelung der Gewebe an der Stelle der Serotina. Ist das Ligamentum latum, welches als Meso-salpinx dient, normal, so dient es zu einer Art von Stielbildung und gestattet dem Tumor eine Beweglichkeit, welche dem der nicht verwachsenen Ovarialtumoren gleicht. Vorbestandene parametritische Narben behindern eine solche freie Entwickelung. Dabei wird der Tumor in das Becken hineingezogen, und krümmt sich posthornartig um die durch das straffe Lig. ovarii festgelegte Keimdrüse. Dann enthält der Wucherungsreiz in der peritonealen Hülle und der Druck des wachsenden Tumors die für diese ebenso wie für die gestielten Schwangerschaften nötigen Vorbedingungen für peritoneale Verlöthungen, zumal wenn es absatzweise zu anfangs unerheblichen Blutungen kommt.

Verhältnissmässig selten, unter meinen 55 Fällen tubarer Schwangerschaft 12 Mal, ist der dem *Ligamentum latum* zugewandte Theil der Tube der Sitz des Eies. Es kommt dann zu einer Divertikelbildung zwischen die Blätter des Ligamentum latum. Die lockeren Maschenräume können sich bis in den Beckenboden hinein unter dem Peritoneum entfalten, so dass sie ein reifes Ei extra-peritoneal aufzunehmen vermögen. Das Ovarium kommt bei diesen intraligämentären Schwangerschaften abseits zu liegen; mehrfach habe ich es auf dem Apex der Geschwulst, einmal sogar auf der vorderen Fläche derselben angetroffen.

Dieselben Veränderungen, wie anderweit in der Tube, finden sich bei der *Eiinsertion* in dem *interstitiellen Theil* der Tube, der *Tubo-uterinen* Form, und bei der im *rudimentär entwickelten Uterushorn*. Diese werden bekanntlich nach *C. Ruge's* Beobachtung dadurch differentiell charakterisirt, *dass bei der interstitiellen Schwangerschaft* der Fundus Uteri nach der andern Seite hinübergedrängt wird und nahezu senkrecht zu stehen kommt, während bei Schwanger-

schaft im *rudimentären Nebenhorn* dieses seitlich abgebogen ist und durch die von seiner Spitze abgehende Tube kenntlich bleibt (1).

Eigenthümlich genug nehmen sich die Fälle interstitieller Schwangerschaft aus, bei denen das wachsende Ei sich aus der Tube auf dem normalen Wege nach dem Cavum uteri hin entwickelt. Kommt es dabei, wie z. B. in dem Fall von *Bache Emmet* (2) schliesslich zu einer secundären intrauterinen Gravidität mit physiologischer Ausstossung per vias naturales, so stellt sich darin unbedingt der überraschendste Ausweg aus den Schwierigkeiten ektopischer Insertion dar.

Bezüglich des Aufbaues des Fruchtsackes bei Ovarialschwangerschaft ist bis jetzt nur soviel festgestellt, dass wir in seiner Wand die Spuren ovariellen Gewebes, Follikel, Pflügersche Schläuche, korkzieherartig gewundene Gefässe finden, die Aussenfläche wird von der mehrfach geschichteten Albuginea gebildet. Die Innenfläche zeigt eine Art von Deciduabildung. Grosse geschichtete Deciduazellen mit gewaltig entwickelten Gefässen, ohne dass wenigstens in den beiden mir zugänglichen Fällen eine Serotinabildung zu unterscheiden war. Der Fruchtsack war mit Blut gefüllt, die Wandung durch den Inhalt zum Theil zertrümmert. In meinem Fall (N° 40) war das zum Lithopädion umgebildete Kind 19 Jahre in dem Sack getragen worden.

Die Fälle von primärer *Abdominal-Schwangerschaft* erscheinen, wie ich schon vorhin andeutete, immer so problematisch, dass ich hier darauf verzichte, des Näheren die nicht einwandfreien Befunde der Autoren zu kritisiren.

Unter den hinreichend bekannten *Veränderungen in den übrigen Beckeneingeweiden* und im übrigen Körper, welche die ektopische Insertion begleiten, beanspruchen diejenigen im Uterus unser besonderes Interesse. Der *Uterus* erscheint durchfeuchtet, sein Volumen nimmt zu, wie *E. Fraenkel* (Berl. Klinik 1890) mit Recht betont hat, in der Form einer allgemeinen Hypertrophie, im Gegensatz zu dem prävalirenden Wachsthum des Corpus bei intrauteriner Schwangerschaft. Die Entwickelung der *uterinen Decidua* hat für uns einen eigenen Werth, weil ihr nach *Wyder's* Ausführungen eine so hohe Bedeutung für die Diagnose der ektopischen Schwangerschaft beigelegt werden muss. Sicher erscheint, dass die Entwickelung der sympathischen uterinen Decidua constant ist. Oft geht aber diese Umbildung nicht mit der Regelmässigkeit vor sich, wie man nach den vielen Abbildungen der Praeparate schliessen möchte, welche als vollkommener Ausguss des Cavum zur Untersuchung gekommen sind.

Mir selbst hat wohl nur ein tückischer Zufall bis jetzt unter den 56 Beobachtungen ein solches Exemplar vorenthalten. Die durch Auskratzung gewonnenen Präparate und die Bruchtheile, welche wir aus dem Abgegangenen zur Untersuchnung bekamen, zeigten häufig eine fast insuläre Deciduabildung zwischen mehr oder weniger ausgedehnten Abschnitten eines lediglich stark gereizten Endometrium. Neun Mal ergab das Curettement geradezu negative Resultate, während die Laparatomie die ektopische Schwangerschaft mit Sicherheit nachwies. In diesen Fällen nehme ich an, dass frühzeitige Circulations-

---

(1) Simon, *Diss. inaug.* Berlin 1885.

(2) New-York *Obstetr. soc.* 1891.

störungen, namentlich zur Zeit menstrualer Congestion, capillare Blutungen auch in der uterinen Schleimhaut verursachten, und dass hierdurch schneller Zerfall, partielle Abstossung und Regeneration herbei geführt wurde.

Der Zeitpunkt der regressiven Metamorphose deckt sich bekanntlich nicht constant mit bestimmten Veränderungen im Fruchtsack, so dass wir aus dem Abgang der Decidua keineswegs auf den Fruchttod oder die beginnende anderweite Störung in der Entwickelung schliesen dürfen.

Die anderweitigen Veränderungen, welche die ektopische Schangerschaft ausserhalb des Fruchthalters verursacht, darf ich wohl an dieser Stelle übergehen.

Verlauf der Ektopischer Schwangerschaft.

Ueber die *Ausgaenge* der ektopischen Entwickelung herrscht kaum eine Differenz der Anschauungen. So sehr auch die Zahl der Beobachtungen gewachsen, in denen die Kinder bis zur vollen Reife gediehen, immer noch ist dieses Ereigniss verschwindend selten, gegenüber der *frühzeitigen Unterbrechung* der ektopischen Gravidität. Diese müssen wir auch heute noch *als die Regel ansehen.* Es praevalirt der Eintritt der verhängnissvollen Katastrophe in den ersten 3 Monaten. Nach meinen eigenen Beobachtungen erfolgte sie:

im ersten	Monat	15 Mal.
im 2.	Monat	13 Mal.
im 3.	Monat	11 Mal.
im 4.	Monat	7 Mal.
im 5.	Monat	4 Mal.
im 6.	Monat	2 Mal.
im 7.	Monat	1 Mal.
im 8.	Monat	2 Mal.
im 9.	Monat	1 Mal.

In einem Fall nur wurde bei lebender Frucht eingegriffen, 2 Mal waren die Kinder bis zum normalen Endtermin, resp. darüber hinaus getragen worden. Sie wurden erst 12, resp. 19 Jahre später durch Laparatomie entwickelt.

Was ist *die Ursache dieser Erscheinung?* Unzweifelhaft kann die Frucht bei ektopischer Schwangerschaft durch alle diejenigen Processe zum Absterben gebracht werden, die wir als Ursache des Fruchttodes bei Schwangerschaft in utero beobachten, wie sie ja auch andererseits völlig normal sich entwickeln kann. Häufiger liegt anscheinend dieUrsache der Unterbrechung in einer Störung, welche durch Gefässzerreissung und Blutung an der Einnistungsstelle durch unmittelbar einwirkende Traumata, ungewöhnliche Kraftentwickelung bei körperlicher Arbeit, bei Defaecation, bei Cohabitation, bei ärztlichen Untersuchungen und therapeutischen Bemühungen entsteht. Sicher entwickelt sich die Unterbrechung viel häufiger, ja in der Regel als *unvermeidliche Folge aus der physiologischen Incongruenz zwischen dem wachsenden Ei und dem Fruchthalter.* Die Folgen dieser Incongruenz können sich verschieden gestalten. Bis vor Kurzem nahm man an, dass *das Ei seinen Fruchthalter sprenge.* DerVorgang selbst führte entweder lediglich zu einem Spalt in dieser Hülle, oder das Ei kam dabei selbst zur Berstung, so dass der Amnionsack austrat, oder wenn auch

dieser barst, dann Fruchtwasser und Fötus, unter mehr oder weniger ausgiebiger Blutung, bald in die freie Bauchhöhle, bald in ein Netzwerk von Pseudomembranen, oder bei Berstung in der unteren Peripherie auch zwischen die Blätter des Lig. latum gelangte. Die weiteren Folgen dieser Rupturen kennen wir zur Genüge; ich brauche darauf wohl nicht weiter einzugehen. Nur einen Punkt möchte ich an dieser Stelle noch erwähnen :

Mehrfach besteht die Annahme, dass bei intraligamentärer Entwickelung die Gefahr der Ruptur verhältnissmässig gering ist : in der That gelten die Fälle intraligamentärer Entwickelung als besonders günstig, namentlich in dem Sinn, dass der so erweiterte Fruchthalter auch die ausgetragene Frucht aufzunehmen im Stande sei.

In 7 von den II Fällen meiner Tabelle, bei denen es zu intraligamentärer Entwickelung gekommen war, ist Abort und Berstung gerade so wie sonst in Folge der Insufficienz des Fruchthalters entstanden. Es kam zur Entwickelung zunächst extraperitonealer Hämatome, die später ihrerseits barsten, so dass auch hierbei schliesslich das Blut sich unter Durchbrechung der peritonitischen Schwielen in die Bauchhöhle ergoss, zunächst Haematocele, dann freier Bluterguss in der Bauchhöhle entstand. In einem Fall muss ich allerdings bekennen, dass die mehrfache Untersuchung bei Gelegenheit einer Demonstration sicher die Ursache dieses Herganges wurde. Ebenso wie hier, muss ich auch für andere Fälle von Ruptur in meiner Liste bekennen, dass diese nicht immer eine spontane war.

Die *Ruptur ist aber sicher nicht der gewöhnliche Ausgang tubarer Gravidität*, sicher ist der Vorgang, welchen *Werth* (Beiträge z. Anat. z. operat. Behandlg. der Extrauterinschwangersch. Stuttgart, 1887), als « **Tubaren Abort** » bezeichnet hat, der weit häufigere. Nach *Werth's* Auffassung, der sich besonders *J. Veit* angeschlossen, treten in Folge der Hyperextension des Fruchthalters Contractionen in dessen Wand hervor, welche das Ei nach Analogie des betreffenden intrauterinen Vorganges von seinem Sitz lösen und durch das Ostium tubae abdominale in die Bauchhöhle befördern. *Veit* (1) geht so weit, hierbei wie am Uterus die Bildung einer Art von Contractionsring zu construiren, indem er auf den Wall des Ostium abdominale hinweist, hinter welchem sich anscheinend die Masse des Eies und das sie umspülende Blut anstaut, ehe diese Masse es zu einer völligen Erweiterung des stellvertretenden Muttermundes bringt.

Ich kann diese Auffassung nicht theilen : der Vorgang der Entleerung des Eies durch das Ostium abdominale ist unzweifelhaft sehr häufig. Neben 14 Fällen sog. spontaner Ruptur unter meinen 55 sind 13 solche von Abort, wenn wir diesen immerhin prägnanten Ausdruck beibehalten wollen, verzeichnet (2). In 5 Fällen blieb der Vorgang zweifelhaft, 2 mal fand sich gleichzeitig Ruptur und Blutung durch das Ostium abdominale. In einem Falle (Tab. Nr 30) ist durch den Druck bei der Untersuchung nicht Ruptur des Sackes, zondern Abort bewirkt worden : Das Ei ist wie der Kern einer Kirsche ausgedrückt worden.

---

(1) *Zeitsch. f. Geb. u Gyn.*, XXIV.

(2) Die Fälle von Schmelzung und Durchbruch des Eileiters in die Nachbarorgane sind an dieser Stelle nicht mitgezählt.

Die Betrachtung der Wand der Tube bei diesen Fällen lässt mich aber die Möglichkeit einer nennenswerthen Thätigkeit der muskularen Schicht in derselben durchaus bestreiten. Die Muskelfasern sind functionsunfähig, sie sind durch den Inhaltsdruck auseinandergezerrt, ohne dabei hypertrophisch zu sein. Im Gegentheil zeigen sie unverkennbar Spuren der Atrophie und Degeneration ihre Kerne sind tinctionsunfähig; es ist ausgeschlossen, dass sie eine aktive Rolle bei diesen Vorgängen spielen. Aber nicht allein diese constante Beschaffenheit der Muscularis spricht nach meiner Ansicht gegen die *Werth-Veit*sche Erklärung, auch die schichtweise Anordnung der Gerinnsel, welche eine appositionnelle Entwickelung erkennen lassen, spricht dagegen, endlich auch die Betrachtung, dass selbst nachdem die Ruptur erfolgt ist, doch noch Blut aus dem natürlichen Orificium herausfliesst, wie in dem Fall 46 meiner Tabelle (fig. 8 u. 9).

Die vielfach berichteten Contractionen des Fruchthalters, die sich mit den Schmerzanfällen, welche als Symptome der drohenden Berstung oder des drohenden Abortes erscheinen, kann ich nicht als Beweise für die Thätigkeit der Tubenmuskulatur gelten lassen. Das Härterwerden des Fruchthalters erkläre ich als ein Symptom der Füllung desselben durch extravasirtes Blut, die Schmerzen entstehen in dem peritonealen Ueberzug.

Der Abort kommt dadurch zu Stande, dass die zartwandigen neugebildeten Gefässe an der Eiinsertionsstelle, denen die Stütze einer kräftig entwickelten Muskulatur und eines wirkungsfähigen, bindegewebigen Netzwerkes fehlt, *zerreissen*. Selten folgt die dadurch veranlasste Blutung alsbald in deletärer Menge. Das Extravasat sorgt zunächst selbst für eine Blutstillung. Genügt die Gefässzerreissung um die Ernährung des Eies zu vernichten, dann tritt Rückbildung, Resorption, auch Lithopädionbildung und damit eine Art Heilung ein; in andern Fällen wird damit der Zerfall eingeleitet.

Mehrfach wird bezweifelt, dass der Fötus in der Tube zur Resorption gelangen könnte. Einen solchen Vorgang müssen wir aber unbedingt annehmen, da wir so oft Eitrümmer in einem abgeschlossenen Fruchtsack finden, an dem auch die Spur der Berstung fehlt, welche z. B. von *Veit* (a. a. O.) gelegentlich gesehen worden ist. Ueber eine eigene hierhergehörige Beobachtung bin ich noch nicht zu einem abschliessenden Urtheil gelangt. Ein Präparat von Mackenrodt lässt aber an dieser Thatsache keinen Zweifel zu.

Wächst das Ei weiter, so treten früher oder später neue Blutergüsse auf. Diese durchdringen das Ei, ähnlich wie wir es bei uterinen Aborten sehen, bis unter das Amnion (Fig. 10, 11, 12, 13) Die Blutmassen drängen sich wie blauschwarze Buckel in die Eihöhle und reduciren deren Lumen auf ein Minimum, so dass der Fötus comprimirt wird. Schliesslich durchbrechen sie auch das Ei, besonders wenn die Blutung in einem sehr frühen Stadium der Entwickelung zu Stande kommt. Das Blut hebt das Ei von seiner Haftfläche ab, oft sieht man Chorionzotten da und dort noch festsitzen, begegnet kleinen Eibruchstückchen verstreut in der Masse des Haematom, dessen Gerinnsel dadurch die compacte, eigenartige, derbe Beschaffenheit erhalten, die *J. Veit* mit Recht als das Charakteristische für das Blutgerinnsel bei tubarer Schwangerschaft bezeichnet hat.

---

(1) *Im Arch. f. Gyn.* XVIII S. 53.
(2) *Diss. inaug.* Berlin 1890.

Das Wesentliche aber ist, dass diese Blutmassen mit dem Ei resp. seinen Trümmern durch das nachfolgend aus den angerissenen Gefässen unter hohem Druck ergossene Blut in der Richtung des offenen Lumen der Tube vorgeschoben, herausgeschwemmt werden.

Nur selten kommt es zu Blutansammlung uterinwärts von dem Ei. Regelmässig füllt sich das meist viel kürzere abdominale Ende, aus dem die ersten Extravasate, die inzwischen geronnen sind, in die Bauchhöhle geschoben werden. Ist das Ostium abdominale mit der Nachbarschaft verlöthet, wie z. B. bei der Ovarialtube, so füllen sich zunächst die dadurch gebildeten abgeschlossenen Räume. Jetzt kann es durch den Inhaltsdruck zur Blutstillung und auch zur Resorption und Heilung kommen. Aber auch diese Räume können gesprengt werden; das Blut ergiesst sich in die freie Bauchhöhle, wie in den Fällen, bei welchen das Ostium tubae abdominale frei endigt. Je nach der Energie der Blutung, je nach Sitz und Grösse des Eies muss das dadurch entstehende Bild differiren. Besonders wechselt je nach diesen Voraussetzungen die passive Rolle, welche der meist gut markirte Saum des Ostium selbst dabei spielt.

Nur *selten führt die Blutung sowol bei Ruptur als bei Abort unmittelbar zur tödtlichen Anaemie*, Häufiger entwickelt sich diese aus den wiederholten Nachschüben der Blutung. Es wäre gewiss verfehlt, wollte man angesichts dieses letzteren Vorkommnisses allzu viel Gewicht auf die gelegentlichen Fälle von Genesung nach derartigen Blutungen legen. Gewiss können auch erhebliche Blutergüsse und mit ihnen fœtale Gebilde von dem Peritoneum völlig resorbirt werden. Wir besitzen in den classischen Untersuchungen *Leopold*'s dafür unbestreitbare experimentelle Belege.

Aber ganz abgesehen davon, dass diese Genesung in der Regel ein langwieriger Process ist, dürfen wir nicht übersehen, dass es anfangs, selbst nachdem die Gefahr des Shocks überwunden ist, nicht zu übersehen ist, ob nicht verhängnissvolle Nachschübe drohen, und wenn selbst diese Gefahr glücklich vorüber geht, in wie weit Zerfall und Vereiterung mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden dürfen.

Als einen seltenen Ausgang bezeichnete ich den des vorzeitigen Absterbens der Frucht ohne Ruptur oder Abort. Diese Fälle sind von *Jacoby* (1), (auf Veranlassung *Veit*'s) gesammelt.

Aus meiner eigenen Tabelle füge ich 4 hinzu, in denen es, wie in den von *Jacoby* zusammen gesuchten, kürzere oder längere Zeit nach dem Absterben der Frucht, doch noch zu Butungen und dadurch nachträglich zu einer Art Katastrophe gekommen ist. Andererseits weisen Fälle, wie der von *C. Ruge*, *Elbing Campbell* und Anderen darauf hin, dass hierbei dieselben Umbildungsvorgänge sich finden, wie bei den zur vollen Reife getragenen Früchten.

Die vielgestaltigen Formen des *Ausgangs der ad terminum oder doch nahezu ausgetragenen ektopischen Schwangerschaft* darf ich hier wohl unerörtert lassen. Die Zahl der *lebend-geborenen* d. h. aus dem extrauterinen Eisack entwickelten Früchte wächst, ohne dass aber das procentuarische Verhältniss zu den andern Ausgangsarten sich wesentlich verschiebt.

Unter mehr als 200 Fällen, welche die Sammelstellen literarischer Angaben

---

(1) *Diss. inaug.* Berlin. 1890.

(die periodischen Zeitschriften aller Länder, für Deutschland besonders das Centralblatt für Gynäkologie, die *Frommel*'schen Jahresberichte für Gynäkologie und die Jahresberichte von *Virchow* u. *Hirsch*), bis Ende Juli 1892 in dem Zeitraum von 1890 aus der gesammten Literatur registriren, habe ich keinen hierhergehörigen neuen Fall verzeichnet gefunden. Mehrfach ist die Diagnose des lebenden Kindes wohl gestellt, die Entbindung aber verzögert worden, theils in Folge des Widerstandes der Frau, theils mit Rücksicht auf die technischen Schwierigkeiten der Operation bei lebendem Kinde und intaktem Placentar-Kreislauf. Lithopädionbildung, Mumification, am häufigsten bald langsamer, bald schnell verlaufender Zerfall und Vereiterung bilden die gewöhnlichen Endresultate.

Auch die seltene secundäre Abdominalschwangerschaft, bei welcher das intakte Ei oder der völlig losgelöste Fötus neben seinem Fruchtsack liegt, sei hier nur erwähnt.

Im weiteren Verlauf auch der normal verlaufenden-ektopischen Schwangerschaft fehlt selten eine auf das Becken lokalisirte *Peritonitis*. Der dem Fruchtsack anliegende Theil des Beckenbauchfells reagirt auf den Reiz desselben mit den oben beschriebenen Veränderungen. Aus ihnen geht in der Regel in den späteren Stadien der Schwangerschaft eine adhæsive Entzündung hervor, welche schliesslich den Fruchthalter völlig zu umspinnen vermag. Die Rolle, welche diese Membranen bei der weiteren Ausdehnung des Fruchthalters, bei der Ruptur und dem Abort spielen, brauche ich wohl hier des weiteren nicht zu erörtern.

Ueber das *procentuarische Verhalten der verschiedenen Ausgänge* gibt die mit so grossem Fleiss zusammengestellte Tabelle von Schauta (1) Auskunft. Sie enthält 241 Fälle, in denen das Ei sich selbst überlassen wurde.

Dabei erfolgte :

Ruptur, Blutung in die freie Bauchhöhle . . .	128	Mal
Ruptur mit Hæmatocelenbildung, Peritonitis. .	22	Mal
Durchbruch in den Darm.	34	Mal
Durchbruch in die Blase	9	Mal
Durchbruch durch die Bauchdecken.	5	Mal
Durchbruch durch die Scheide.	4	Mal
Ausstossung durch den Uterus	6	Mal
Incarceration (Ileus)	4	Mal
Lithopædion ohne Beschwerden	9	Mal
	241	

Ich füge 5 solche Fälle aus meiner Tabelle hinzu, alle 5 starben an Anämie, bei 3 wurde die Ruptur auf dem Sectionstisch festgestellt.

(1) *Beiträge zur Casuistik, Prognose u. Therapie der Extrauterinschwangerschaft,* 1891.

Symptome und Diagnose der Ektopischer Swangerschaft.

Die Symptomatologie der ektopischen Schwangerschaft hat unzweifelhaft mit der Zunahme wohl constatirter Beobachtungen erheblich an Klarheit gewonnen. Wir wissen, dass auch bei ektopischer Insertion des geschwängerten Eies dieselbe Reihe der Veränderungen sich herausbildet, welche wir bei der intrauterinen kennen. Aufhören der Menstruation, Umbildung, besonders vermehrte Gefässversorgung der Nachbarorgane, und der Brustdrüse, Pigmentirung, Fettentwickelung, u. s. w. Die Wahrnehmung der kindlichen Herztöne und Bewegungen, die Tastung der Frucht sind auch bei der extrauterinen die sicheren Zeichen der Schwangerschaft. Nur selten kommt es aber zur *regelmässigen Entfaltung der normalen Schwangerschafts-Symptome.* Gerade darin sehe ich auch heute noch die nicht beseitigte Schwierigkeit der Diagnose, dass in der Mehrzahl der Fälle die deletäre Wirkung der ektopischen Entwickelung hervortritt, ehe die natürliche Reihenfolge der Symptome Zeit hatte, sich auszubilden, und dass so sehr häufig alte Erkrankungsspuren und frische lokale Veränderungen sich hinzu gesellen, um das klare Symptombild zu verwirren.

Gerade für die ersten Wochen und Monate der ektopischen Schwangerschaft fehlen sie nicht selten, ebenso wie bei intrauteriner, prägnante Symptomencomplexe, während in andern Fällen heftige Schmerzen und die Gesammtheit der peritonealen Befindungsstörungen von Anfang an die Schwangere quälen.

In allen Stadien der Schwangerschaft, namentlich aber in den ersten Monaten kann es zu peritonitischen Schmerzen, zu Anämie und Collaps kommen, welche eine regelrecht verlaufende Schwangerschaft nur sehr ausnahmsweise compliciren, Gewöhnlich sind sie die Symptome von Ruptur oder Abort, oder von dem Fruchttod.

Ohne auf diese bekannten Thatsachen näher einzugehen, will ich nur auf das *schwankende Verhalten der Menstruation* hinweisen. Trotzdem wir annehmen müssen, dass es in allen Fällen zur Umbildung des Endometrium, zur Deciduaentwickelung kommt, dürfen wir nicht zweifeln, dass nicht selten doch scheinbar typische menstruale Blutungen während der ganzen Zeit ektopischer Schwangerschaft auftreten. Diese Menses sind allerdings meist weder in Qualität noch in Quantität völlig normal. Es bedarf aber sorgfältiger anamnestischer Erhebungen, um darüber Klarheit zu schaffen. Die Menses kehren, soweit meine Beobachtungen reichen, besonders in solchen Fällen in nahezu typischer Weise wieder, wo das Kind frühzeitig abstirbt. Diese atypischen Blutungen scheinen oft jede Möglichkeit einer Schwangerschaft auszuschliessen, oder täuschen den Abort einer intrauterinen Gravidität vor, namentlich wenn die Menses zwar verspätet, aber schliesslich doch anscheinend normal eingetreten waren.

Nicht wenig werden die Schwierigkeiten der Erkennung in den ersten 6-8 Wochen dadurch erhöht, dass die Ergebnisse der Schleimhautuntersuchung unzuverlässig werden, sobald erst uterine Blutungen eingetreten sind, und die Decidua jedenfalls häufiger in kleinen Fetzen, als in zusammenhängenden Membranen abgehoben haben.

Ich bekenne rückhaltlos, dass eine relativ nicht kleine Zahl von Schwangerschaften aus den ersten 2 Monaten, welche meine Tabelle enthält, mich durch solche Ungleichmässigkeit des Menstruationsverlaufes lange irreführte, und mir nur die Wahrscheinlichkeitsdiagnose gestattete.

Wenn ich dann auf die vielgestalteten Bilder hinweise, unter denen Ruptur und Abort sich einleiten, so glaube ich damit genügend die Schwierigkeiten angedeutet zu haben, welche sich unter Umständen auch heute noch der Diagnose der ektopischen Schwangerschaft entgegenstellen.

Können wir einen gradatim wachsenden Tumor von weicher Consistenz neben dem Uterus fühlen, haben wir Zeit Uterus und Tumor in ihrer Entwickelung zu controlliren, können wir eine uterine Decidua nachweisen, in welcher jede Spur von Chorionzotten (*Wyder'sches* Zeichen) fehlt, dann wird auch in frühen Stadien die Diagnose gesichert, selbst ehe es uns gelingt, die Frucht selbst festzustellen.

Die Unklarheit der Anamnese einerseits, anderseits die Symptome frühzeitigen Fruchttodes, und die Erscheinungen, welche Abort und Ruptur begleiten, können uns aber auch heute noch grosse diagnostische Schwierigkeiten bereiten, so dass namentlich im I. und II. Monat die *Diagnose eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose bleibt.*

Häufig macht sich die ektopische Schwangerschaft überhaupt erst dann bemerkbar, wenn die Endkatastrophe hereinbricht. Die Plötzlichkeit derselben ist allerdings charakteristisch genug, ja *Lawson Tait* will die Möglichkeit der Diagnose erst in diesem Stadium anerkennen. Ich möchte besonderes Gewicht auf den meist *absatzweisen Verlauf der Schmerzen und des anämischen Collapses* legen.

Ueber die *Tastbefunde* brauche ich wohl weitere Bemerkungen nicht hinzuzufügen. Nur selten treffen wir bei tubarer Schwangerschaft die spindelförmige Umbildung der Tube. Verlagerung und Verklebung mit den benachbarten Beckeneingeweiden sind jedenfalls bei weiterer Entwickelung der Schwangerschaft die Regel. Die Versuche, die einzelnen Organe bei der Untersuchung zu trennen, führen nur zu oft zu Ruptur und Abort.

Es wird von einigen Seiten grosses Gewicht auf die Consistenz der Geschwulst gelegt. Gewiss ist Weichheit und Succulenz des Fruchthalters charakteristisch, neben den immerhin derberen, wenn auch ihrerseits schon aufgelockerten Nachbarorganen. Contractionen im Fruchthalter habe ich nie gefühlt, Das Härterwerden desselben schiebe ich, wie oben angedeutet, auf Ausfüllung des Hohlraumes durch Blutergüsse. Wohl aber habe ich öfter Contractionen im nicht schwangeren Uterus dabei verfolgen können.

Bei der Ruptur verschwindet der Sack, beim Abort bleibt er allerdings auffallend verkleinert und erschlafft, für die Tastung erhalten. In wie weit dann Hæmatocele oder eine Hämatombildung erkennbar wird, und den Befund des freien Blutergusses in die Bauchhöhle will ich nicht weiter erörtern. Bei dem letzteren ist mir in den ersten Tagen das Verschwinden jeglichen Percussionsschalles am Abdomen, im Bereich des ergossenen Blutes aufgefallen. Je längere Zeit zwischen Katastrophe und Untersuchung verfliesst, um so schwerer gestaltet sich die *Diagnose*, da die Resorptionsvorgänge, eventuell auch die Peritonitis nur zu schnell die Klarheit des Tastbefundes vernichten.

Die *Diagnose des Fruchttodes* und der danach eintretenden Veränderungen kann lediglich im Anschlusse an eine einigermassen durchsichtige Anamnese

gemacht werden. Fälle, wie der von Lithopädionbildung, den ich 1879 operirt habe, werden stets der Diagnose entrückt bleiben. (Menses regelmässig, keine Spur von Peritonitis, kaum beachtete gelegentliche atypische Blutung während der ganzen 10 jährigen sterilen Ehe). Ebenso erfolglos bleiben unsere palpatorischen Bemühungen bei Fällen, wie in dem von mir 1884 in Kopenhagen demonstrirten, wo das Skelet des IV monatlichen Fötus unter der Tube lag und die Anamnese unklar war, ja die Möglichkeit der Schwängerung überhaupt in Abrede gestellt wurde.

Naturgemäss beseitigen bei eintretender Abscedirung die abgehenden fötalen Theile jeden Zweifel über die Natur des Leidens.

Ich halte mich auch heute zu dem Ausspruche berechtigt, dass die *Diagnose der ektopischen Schwangerschaft* für die *Fälle, in denen nicht das Wachsthum des Fruchthalters ausserhalb des Uterus beobachtet, die intrauterine Deciduabildung ohne nachweisbares Chorion, oder die Frucht selbst zur Wahrnehmung gekommen, eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose ist.* Das trifft besonders für die ersten 6-8 Schwangerschaftswochen zu, also gerade für diejenige Zeit, in welcher am häufigsten die mit Recht so gefürchtete Katastrophe eintritt.

Eine *Diagnose der Art des Fruchthalters* dürfte nur ausnahmsweise und nur bei der tubaren Insertion möglich sein, wenn wir den Uebergang der Tube in die grosse Masse unter besonders günstigen Umständen zu erkennen vermögen. Da aber in der Regel vom III. Monat an die Verlötung der Tumoroberfläche sich entwickelt, von diesem Termin an die gestielten Schwangerschaften immer seltener werden, so schwindet auch für sie mehr und mehr die Möglichkeit einer solchen Differenzirung.

Eine *Prognose* für das Kind kommt nur ausnahmsweise in Betracht. Den wenigen Fällen normaler Entwickelung und rechtzeitiger Befreiung lebender Kinder steht eine erdrückend grosse Zahl von ektopischen Schwangerschaften mit extrauterin lebensfähigen Früchte gegenüber, dass wir es immer als einen glücklichen Zufall betrachten müssen, wenn die Schwangeren gerade zu diesem Zeitpunkt zur Feststellung des Befundes und zur Hilfeleistung kommen.

Versuche, nahe dem Endtermin befindliche Frauen mit Rücksicht für das Kind zu entbinden, schlagen nicht nur in dieser Hinsicht fehl, sie bedingen auch durch eine Fülle von Zufälligkeiten in der Regel eine unzulässige Gefährdung der Mutter; sie sind zu unterlassen.

Wesentlich anders stellt sich die *Prognose der Mutter*. Es erscheint mir unzulässig, heute noch auf die alten Zusammstellungen aus der Literatur zurückzugreifen. Auch die classiche Arbeit *Hecker's* ist durch die gänzlich verschobene Einsicht, welche uns in den letzten 10 Jahren in dieses eigenartige Capitel der Pathologie erwachsen ist, als erledigt anzusehen.

Die Prognose der ektopischen Schwangerschaft muss vielmehr nach den Principien betrachtet werden, welche *Schauta* in seiner vorhin citirten Arbeit befolgt hat. Er hat aus den letzten 15 Jahren 241 Fälle mit spontanem Verlauf gesammelt, davon sind 75 geheilt, 166 gestorben, von 385 Fällen mit ärztlichen Eingriffen sind 294 geheilt, 91 gestorben.

Es stehen sich also die in der Literatur nachweisbaren Zahlen so gegenüber, dass bei spontanem Verlauf von 391 : 31, 2 % genasen, 68, 8 % starben, während bei operativer Hülfe von 385 : 76, 6 % genasen 23, 4 % starben.

Ich habe versucht diese Reihe von *Schauta* aus der Tagesliteratur bis zum Juli 1892 zu ergänzen. Danach ergibt sich, dass bei 154 Fällen ektopischer Schwangerschaft, bei welchen ich aus einer Gesammtzahl 198 in dieser Zeit publicirten die Originale einsehen konnte, 24 nicht operirt wurden, von denen 10 ohne Operation genasen, starben 14.

Addiren wir diese Zahlen. so ergibt sich, dass unter

255 expectativ behandelten Fällen . .	36,9 % genasen,	63,1 % starben.
515 operativ behandelten Fällen. . .	76,7 % genasen,	23,3 % starben.

Die *Prognose der ektopischen Schwangerschaft erscheint demnach heute als eine wesentlich günstigere, unter dem Einfluss der verbesserten Diagnose und der veränderten Therapie.* Wir müssen daran festhalten, dass die ektopische Schwangerschaft nur selten ein lebendes Kind ergibt, dass der Ausgang in unschädliche Rückbildung (Lithopädion, Mumification) ebenfalls selten ist, dass es am häufigsten zum Absterben des Eies durch Blutung im Fruchthalter kommt. Da diese entweder zur Entleerung des Blutes in die Bauchhöhle durch das Tuben-Ostium (sog. *Tubenabort*) führt oder zur Ruptur der Tubencontinuität, d. h. Berstung der Tube nach der Bauchhöhle oder nach dem Lig. Latum, und da nur ausnahmsweise die Blutung zum Stehen kommt, die *Majorität dieser Fälle vielmehr durch Verblutung oder Peritonitis bei spontanem Verlauf zu Grunde geht,* so müssen wir mit *Werth* die *ektopische Schwangerschaft gleichwerthig einer gefahrvollen Neubildung* ansehen und behandeln. Der weiteren Schluss kann nur der sein, dass die *Prognose durchaus von der rechtzeitigen Erkenntniss abhängt und folgerichtig von dem darauf basirten Eingreifen.*

Worin soll dieses Eingreifen bestehen?

Vorweg sei bemerkt, dass wir bei lebender reifer Frucht diese zu entwickeln wohl als die gegebene Aufgabe ansehen müssen. Die Möglichkeit isterwiesen : die Furcht vor der Placenta ist unberechtigt, wenn wir entweder den Sack in toto auslösen und seine Basis unterbinden, oder eventualiter die zuführenden Gefässe isolirt versorgen, oder nach dem Beispiel älterer Operateure den an die Bauchwand angenähten Sack ausstopfen.

Die Versuche, das ektopisch inserirte Ei in situ zu tödten und dadurch der Resorption entgegen zu führen, sind erst in der neueren Zeit wieder mit einer gewissen Berechtigung aufgenommen worden.

Eine solche Berechtigung kann eben nur dann anerkannt werden, wenn bei diesem Vorgehen die Rückbildung des Fruchthalters mit Sicherheit nicht nur ohne unmittelbare Gefahr für die Frau, sondern auch ohne ein zu langes Siechthum bewirkt wird.

Von diesem Gesichtspunkt aus verdient unzweifelhaft der von *Franz von Winckel* (1) neuerdings wieder aufgenommene Vorschlag, durch *Morphiumeinspritzungen die Frucht zu tödten,* volle Beachtung.

Ihm selbst ist es in einer geradezu überrachenden Weise gelungen, von 7 Fällen 6 auf diesem Wege zu rascher Heilung zu führen.

Schon finden sich da und dort Mittheilungen gleich günstiger Beobachtungen

---

(1) *Deutsche Ges. f. Gynäkologie,* II. Congr. Halle, 1889.

anderer Fachgenossen. Zu einen abschliessenden Urtheil genügt das vorliegende Material noch nicht. Ich habe zwei Bedenken aus der Prüfung meines eigenen Materials auf die Möglichkeit dieser Behandlungsmethode entnommen : Die Fälle, in denen wir die Frucht lebend antreffen, sind verschwindend selten, im Vergleich zu denen mit abgestorbener Frucht. Dann aber sichert der Fruchttod, wie wir vorhin erörterten, nicht vor Blutung, Berstung und allen Arten übler Folgen.

So beachtungswerth demnach die bisherigen Mitheilungen über die *Winckelsche*-Morphiumbehandlung sind, bleibt doch abzuwarten, bis weitere Erfahrungen besonders das letztgenannte Bedenken als unzutreffend erweisen.

Das andere, das gleiche Ziel anstrebende Verfahren ist die *Elektrotherapie*. Mit einer grossen Zahl meiner Fachgenossen theile ich wohl die weitgehenden Zweifel an der Verwendbarkeit des elektrischen Stromes für diesen Zweck. Werden namenlich in Frankreich diese Zweifel laut, so sehen wir, dass besonders unter unseren amerikanischen und russischen Collegen sich viele Stimmen zu seinen Gunsten erheben.

Die Elektropunctur wird auch von überzeugten Elektrotherapeuten verworfen : die Mehrzahl wendet den positiven, einzelne den negativen Strom an, Nicht blos die Unklarheit der Wirkung erscheint uns als ein Hinderniss für die weitere Verbreitung dieses Verfahrens, nachhaltiger wirken jedenfalls die von *Tuttle* (1) und anderen ausgesprochenen, von sehr vielen jedenfalls getheilten Zweifel, ob es sich auch in all den vielen günstigen Fällen, welche mitgetheilt werden, wirklich um ektopische Schwangerschaft gehandelt hat.

Vereinzelt wird der Uebertritt sog. interstitieller Schwangerschaft in das Cavum uteri, die Entwickelung der ektopischen zur uterinen Schwangerschaft als Erfolg der Elektrotherapie gerühmt. Die betreffenden Beobachtungen erscheinen nicht einwandfrei, so dass wir für diese Art von Wirkung doch wohl erst überzeugende Belege erwarten dürfen.

Es gereicht mir zur besonderen Genugthuung mich gerade in diesem Punkt mit *Lawson Tait* und *Pozzi* in völliger Uebereinstimmung zu wissen.

Mit wachsender Erfahrung kommen diejenigen unter uns, welche sich den von *Tait* (2) und *Werth* (3) principiell formulirten Gesichtspunkten anschliessen, dahin, dass wir als *das Verfahren bei ektopischer Schwangerschaft die Extirpation* des intakten, abortierenden oder berstenden *Fruchtsackes* bezeichnen. Wie ich, werden auch andere schon vor *J. Veit* in dieser Weise operirt haben. *J. Veit* gebürt sicher das Verdienst, in präciser Weise die Forderungen für diese Therapie der ektopischen Schwangerschaft weiter motivirt zu haben. In der That ist die *Ausschalung des Fruchtsackes in der grossen Mehrzahl durchführbar*. Ja, es stellt sich heraus, dass auch die Versorgung der Placentarstelle immer geringere Schwierigkeiten macht. Man kann sie unterbinden, indem man von der Peripherie her immer weiter greifende Ligaturen einlegt, neuerdings findet

(1) *Am. Journ. of Obst.*, Jan. 1890, S. 13.

(2) Ausser an anderen Orten : *Lectures on ectopic pregnancy and pelvic hæmatocele*. Birmingham, 1888.

(3) *Beiträge zur Anatomie uzur operativen Behandlung der Extrauterin-Schwangerschaft*. Stuttgart, 1887.

ein Vorschlag von *Olshausen* (1), die zuführenden Arterien, also namentlich die Spermatica, in continuitate zu unterbinden, mehrfach Nachahmung.

Für die relativ seltenen Fälle *unlösbarer Verwachsung* des Fruchtsackes mit den anliegenden Organen bleibt das Einnähen des Sackes in die Bauchwunde, Tamponade des Sackinnenraumes und nachträgliche Versorgung der Placentarstelle, oder die Eröffnung eines Ausflussloches mit Drainage nach der Scheide, und Verschluss des Sackes nach oben, wie ich vor 11 Jahren in *London* auf dem VII. intern. med. Congress vorgeschlagen habe.

Ganz analog haben sich, soweit ich aus der Literatur sehe, die Ansichten bezüglich derjenigen Fälle entwickelt, in denen es sich um abgestorbene vereiterte oder durch Blutergüsse zertrümmerte Fruchtsäcke handelt. Es gilt den kürzesten Weg einzuschlagen, auf welchem man zum Herd der Infection gelangt. Oft genug öffnet sich frühzeitig ein Ausweg spontan, in jedem einzelnen Fall bleibt zu entscheiden, ob dieser Weg auch für die gründliche Ausräumung gangbar, oder ob ein neuer zu eröffnen ist.

Für diese Art der Behandlung des intakten Fruchthalters wird, soviel ich sehe, die Uebereinstimmung der Fachgenossen sich rasch entwickeln. Zweifelhaft erscheint heute noch eine solche typische Therapie für die Fälle, in *denen bei Abort oder Ruptur eine Blutung (Hæmatocele oder freier Bluterguss)* entstanden ist, welche zu Collaps und deletärer Anæmie geführt hat. Die Möglichkeit der Genesung darf nicht in Abrede gestellt werden. Bei vorhandenen Verwachsungen kann es nach Hæmatocelebildung zum Stillstand der Blutung kommen, das Blut kann sich zwischen die Blätter des Lig. latum ergiessen, das so entstandene Hæmatom kann sich resorbiren, oder in ungefährlicher Weise entleeren. Einen Anhaltspunkt für diesen Verlauf haben wir in der Regel nicht. Nachschübe aus dem Fruchtsack selbst, oder aus den Adhæsionen, Berstung, freier Erguss in die Bauchhöhle, Anæmie, Peritonitis drohen stets im Hintergrunde. Im besten Falle genesen die Kranken nach gefahrvollem langem Siechthum, wenn man diese Fälle sich selbst überlässt.

Ich habe 27 Mal bei frischen Blutungen in die Bauchöhle operirt : 21 genasen, 6 starben : 5 Mal habe ich nicht operirt, diese 5 gingen alle zu Grunde.

Ist es nun an sich unzweifelhaft chirurgisch richtiger, blutende Gefässe aufzusuchen und zu versorgen, so drängt die Erfahrung, welche sich in der schon oben citirten Statistik ausspricht, dahin, auch bei diesen Kranken dem *operativen Vorgehen vor dem expectativen den Vorzug zu geben.*

Wir sahen, dass in der grossen Zusammenstellung von *Schauta* und mir nach operativer Hülfe 23, 3% *Gestorbene* den 76, 7 % *Genesenen* gegenüber stehen. Lesen wir dann weiter die Krankengeschichten dieser gestorbenen nach, so ergibt sich, dass die Mehrzahl unverkennbar zu spät operirt worden ist. In wie weit mangelhafte Technik an diesen Todesfällen mitgewirkt hat, entzieht sich bei der Neuheit des Verfahrens der Laparatomie in einer mit Blut gefüllten Bauchhöhle jeder Berechnung. Um so bestimmter dürfen wir aber aus dem vorliegenden Material den Schluss ziehen, dass auch für die Fälle von Blutung im Anschluss an ektopische Schwangerschaft die Laparatomie als das typische Verfahren anzuerkennen ist.

Wenn *immer möglich, soll der Fruchtsack auch hierbei entfernt werden.*

---

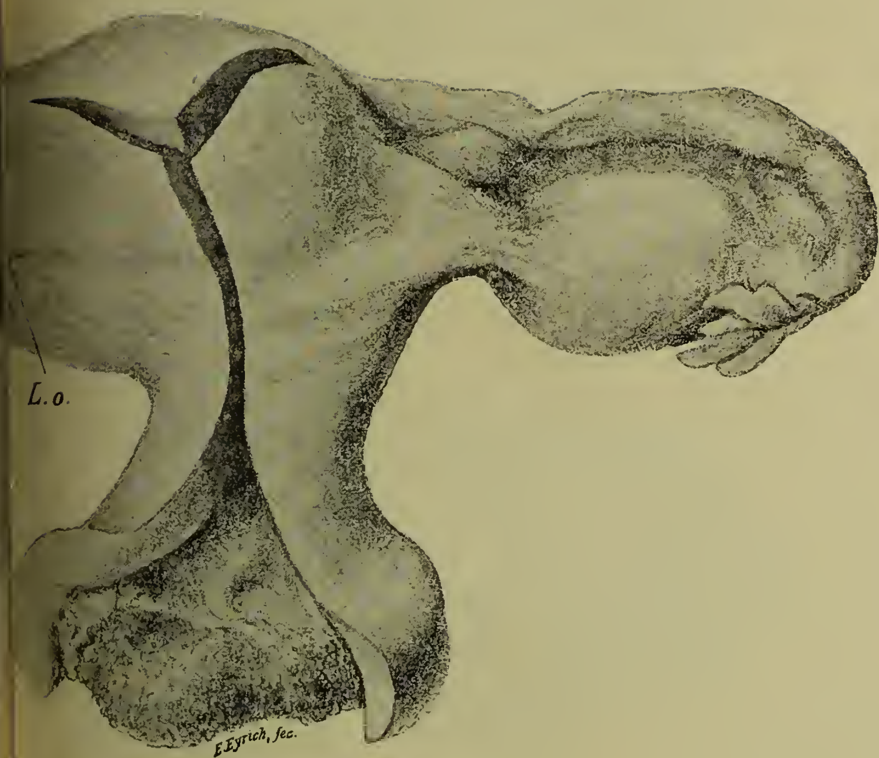
(1) *D. med.*, *Wschr.*, 1889, N° 8-10.

Wenn das undurchführbar erscheint, so bleiben für diese Fälle die Wege der Drainage und Versorgung, welche ich oben schon für die Fälle von unüberwindlicher Verwachsung des Sackes bei lebender Frucht angeführt habe.

Wohl fürchte ich all zu lange Ihre Nachsicht in Anspruch genommen zu haben. Ich bin mir bewusst mein Thema nur in einigen seiner prägnanten Punkte gestreift zu haben, und werde es dankbar annehmen, wenn in der Discussion diese eingehender erörtert, und dadurch das gesammte Gebiet der ektopischen Schwangerschaft immer weiter aufgeklärt und erkannt wird. Denn nur dadurch werden wir mehr und mehr dahin gelangen, dieses heute noch so eminent gefahrvolle Leiden unschädlich zu machen.




T.
Sch.
GAILLARD, ph.



Seite 3). Ovarial-Schwangerschaft bei Carcinome colli. — *Sch.* Schwangerschaftssack im linken Ovarium; *L. o.* Ligamentum ovarii sinistri; *T.* Tube. -- vgl. Tabelle N° 40.

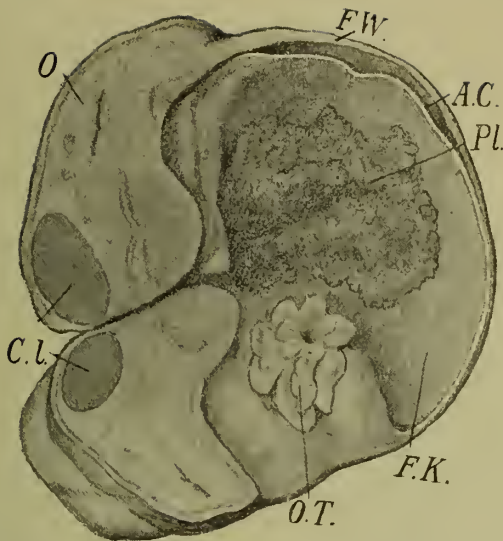


Fig. 2 (Seite 3) Ovarialtube mit Ovarialschwangerschaft. — *O.* Ovarium; *C. l.* Corpus luteum; *F. W.* Follikel Wand; *A. C.* Amnion und Chorion; *Pl.* Placenta; *F. R.* Follikelraum. *O. T.* Ostium tubae abdominale. — vgl. Maekenrodt. Ges. f. Geb. & Gyn. Berlin. 1892.

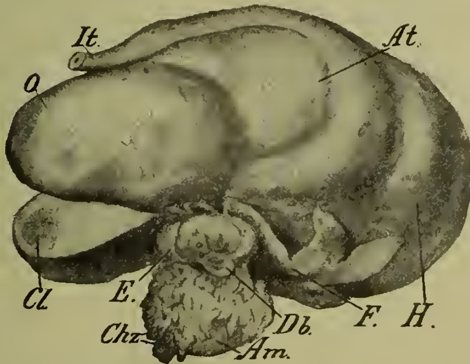


Fig. 3 (Seite 4). Tubo-Abdominal schwangerschaft. — *O.* Ovarium; *C. l.* Corpus luteum; *F.* Fimbria ovariea; *E.* Embryo; *D. b.* Dotterblase; *Chz.* Chorionzotten; *A. m.* Amnion; *H.* Hämatom in der Ampulla tubae; *A. t.* Ampulla tubae; *I. t.* Isthmus tubae. Tabelle № 55.

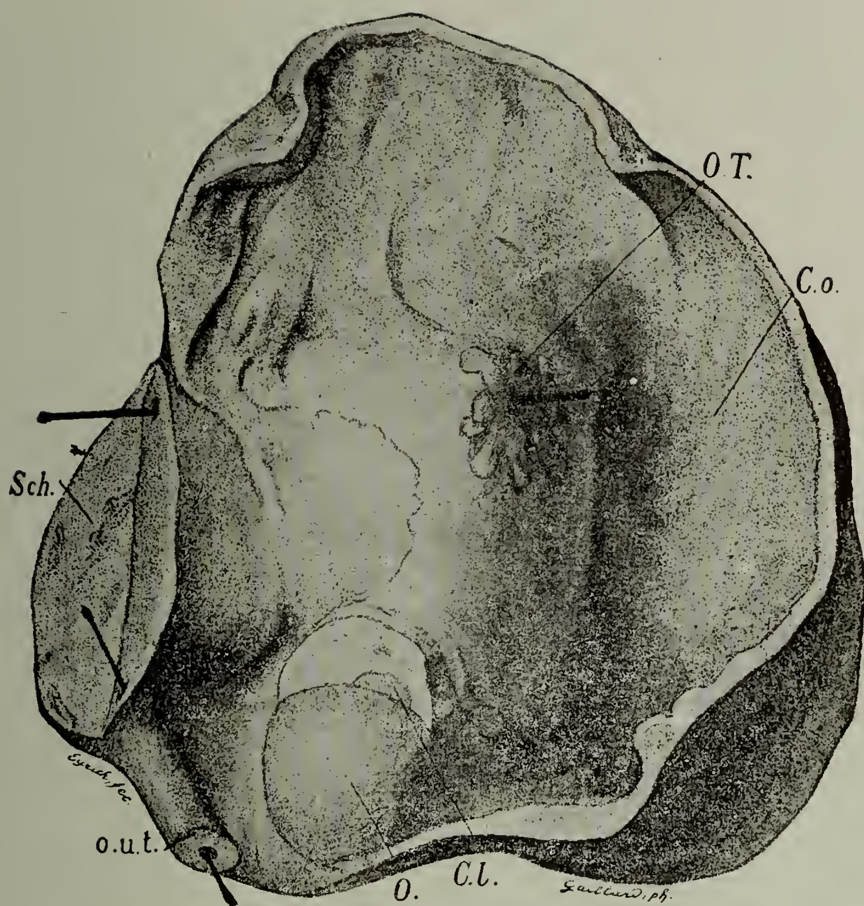


Fig. 4.

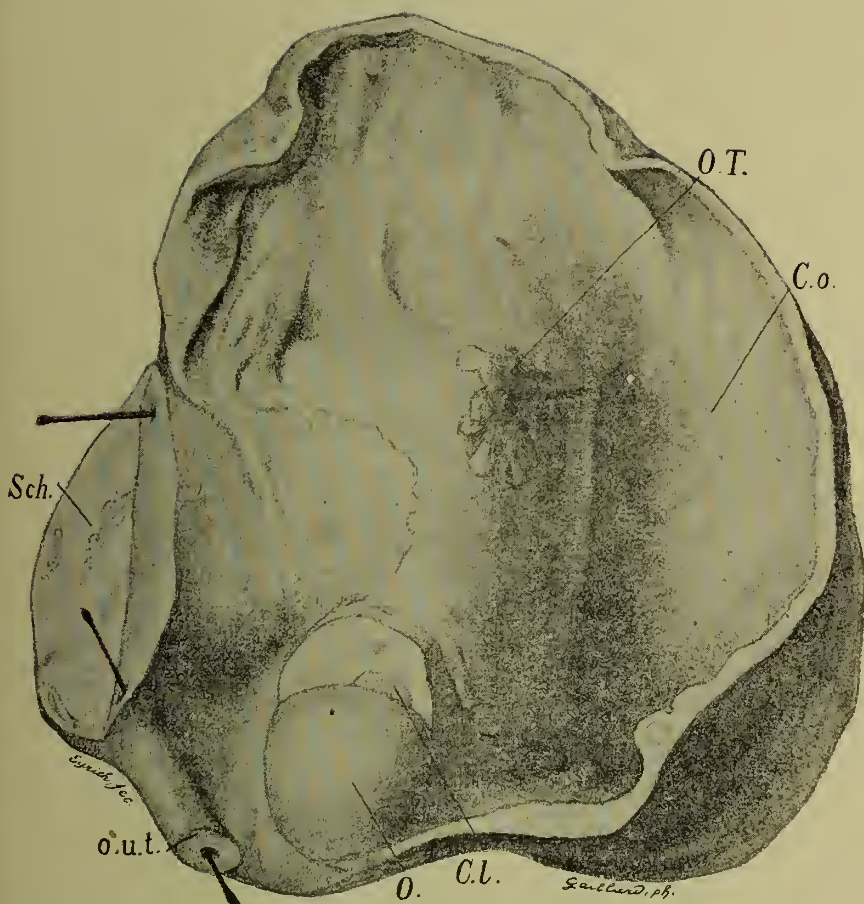


Fig. 4 (Seite 4). Ovarialtuba mit Schwangerschaft in der Tube und Bluterguss in den folliculären Raum, in welchen die Tube mündet. In der Wand desselben das Ovarium mit dem Corpus luteum. — *O. u. t.* Ostium uterinum tubae; *Sch.* Schwangerschaftssack; *O. T.* Ostium tubae : sc. abdominale; *C. o.* Cystis ovarii, der mit Blut gefüllte Follikular Raum; *O.* Ovarium; *C. l.* Corpus luteum. — vgl. : Tabelle N° 51.

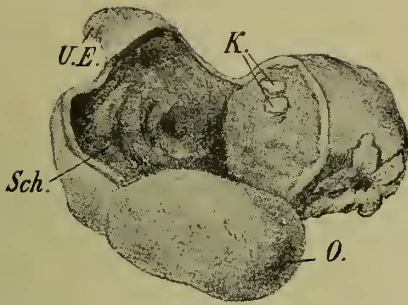


Fig. 5 (Seite 5). Geschrumpfte Tubarschwangerschaft. — *O.* Ovarium; *U. E.* Uterines Tubenende; *Sch.* Schwangerschaftssack; *K.* Knochen des geschrumpften, im übrigen resorbirten Fötus. — Fall 1. von Mackenrodt.

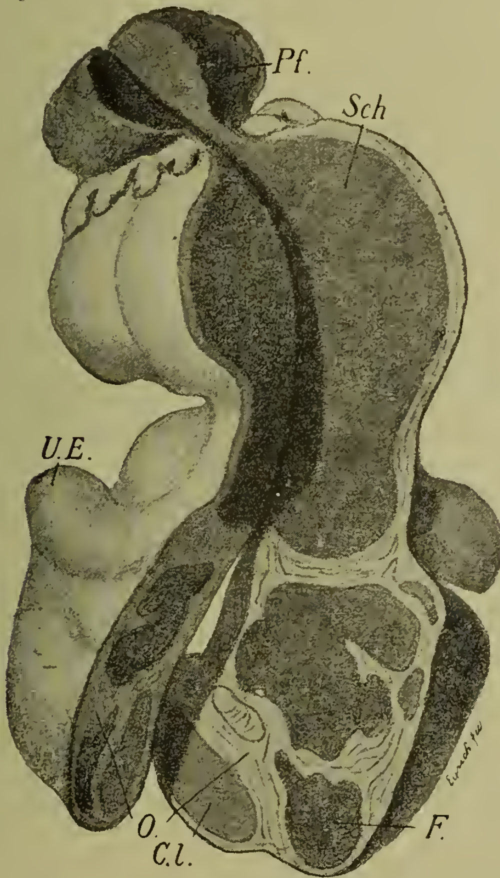


Fig. 6 (Seite 5) Ovarialschwangerschaft (linke Seite). — *U. E.* Uterines Ende der Tube; *Pf.* Pfropf von Blut, welcher sich aus dem Ostium tubae abdominale entleert hat; *O.* Ovarium; *C. l.* Corpus luteum; *F.* Folliculare Räume mit der Frucht; *Sch.* Haematoma tubae. — Fall 1. von Mackenrodt.

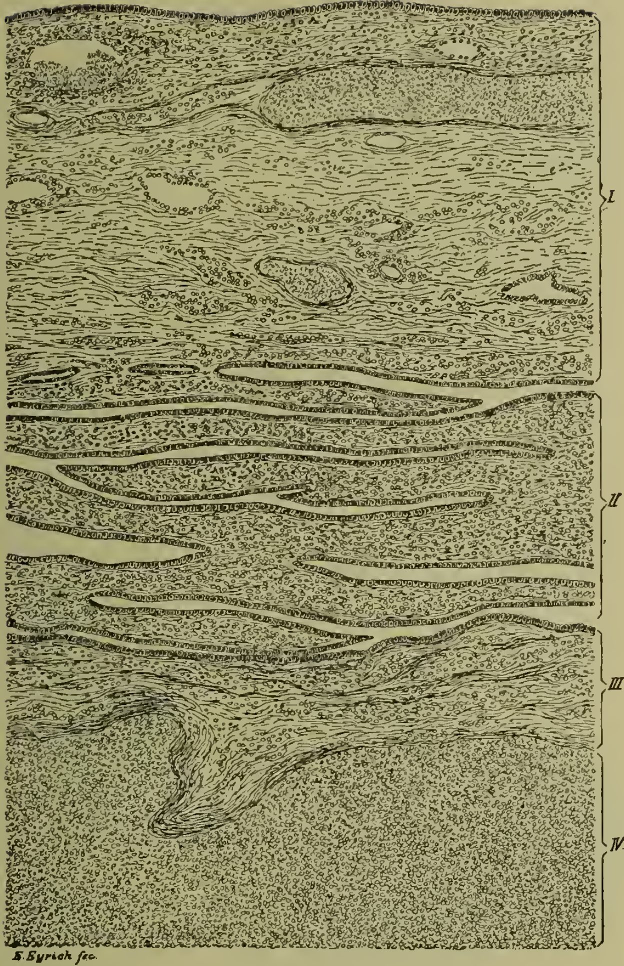


Fig. 7 (Seite 5). Wand der Tube mit den zusammengeschobenen, an sich nicht veränderten Falten. — *I.* Tubenwand: oben Peritoneum, mit einschichtigem Epithel darunter Blutgefäss, dann Tubenmuskulatur mit Blutgefässen; *II.* Falten der Tubenschleimhaut, abseits des Eies, mit intaktem Epithel und Stroma; *III.* Die hyperthrophische Falte, welche das Ei getragen hat; *IV.* Der mit Blut durchsetzte Eisack. 3o fache Vergrösserung. — vgl. Tabelle N° 5o.

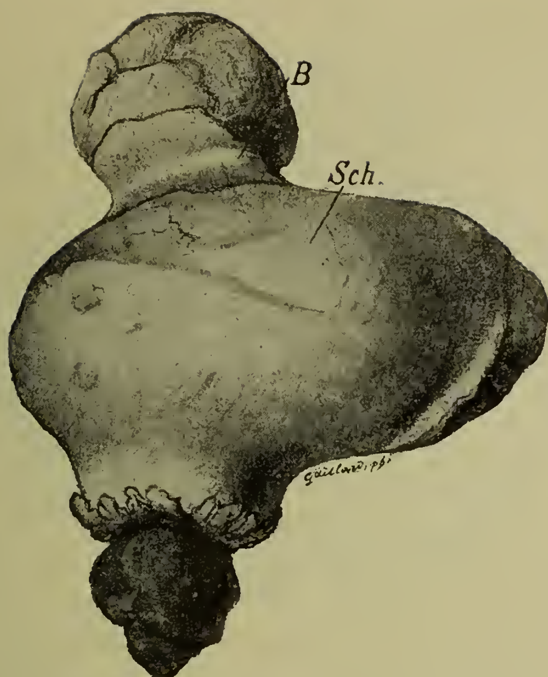


Fig. 8 (Seite 10). Tubarschwangerschaft: Ruptur und Abort gleichzeitig in demselben Präparat. — *Sch.* Schwangerschaftssack; *B.* Bruchstelle; *Pf.* Blutpfropf im Ostium tubae abdominale. — vgl. Tabelle N° 46.



Fig. 9. Querschnitt durch das Präparat von Fig. 8.

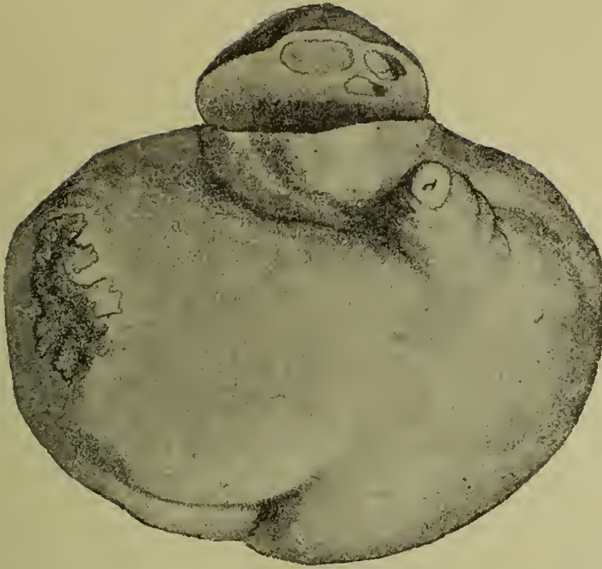


Fig. 10 (Seite 10). Tubarschwangerschaft. — Blutung in den Eisack. -- *O.* Ovarium; *C. l.* Corpus luteum; *U. E.* Uterines Ende; *A. E.* Abdominales Ende. — vgl. Tabelle N° 36.

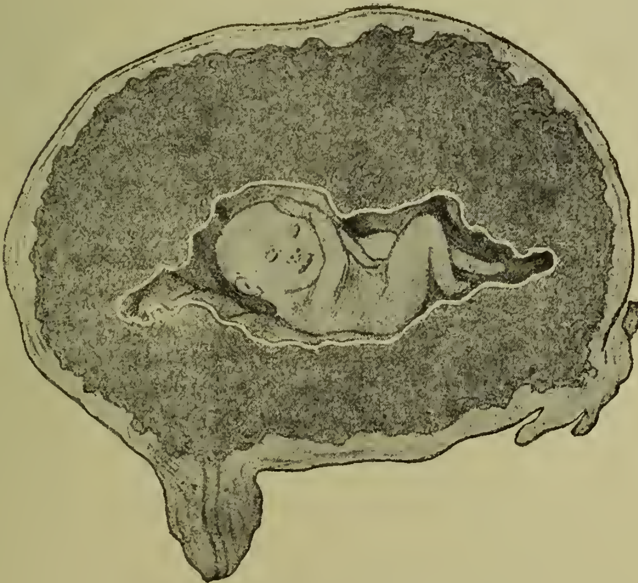


Fig. 11. Querschnitt durch das Präparat von Fig. 10.

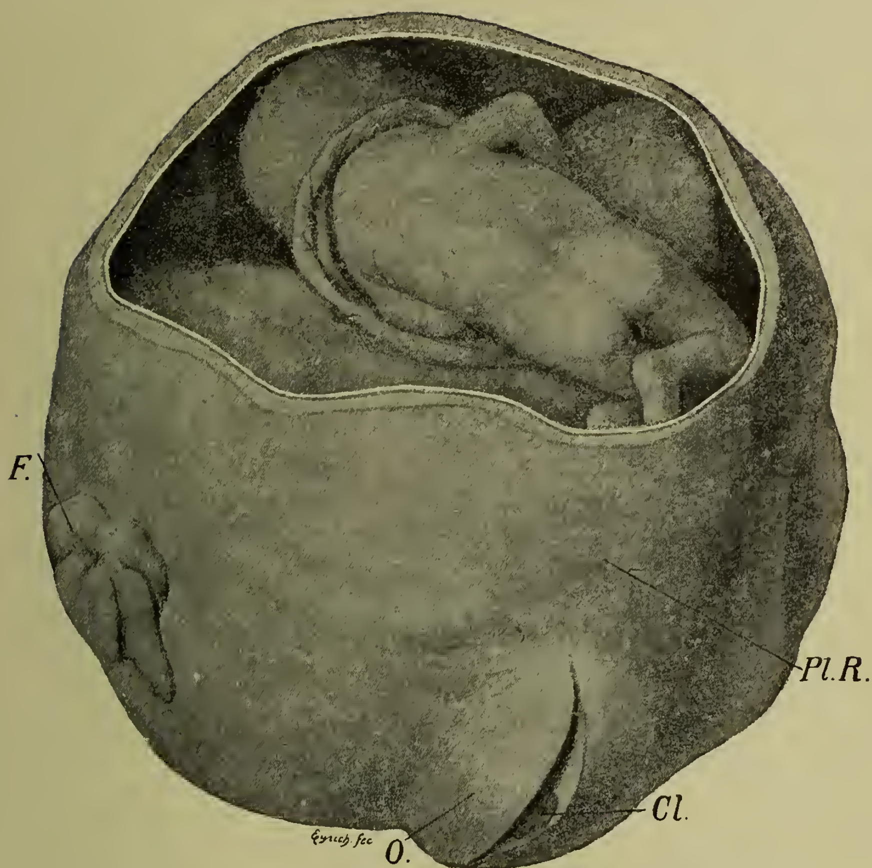


FIG. 12 (Seite 10). Tubarschwangerschaft Blutung unter den Amnionsack. — *O.* Ovarium; *C. l.* Corpus luteum; *F.* Fimbriennende; *Pl. R.* Placentarstelle. — vgl. Tabelle N° 41.

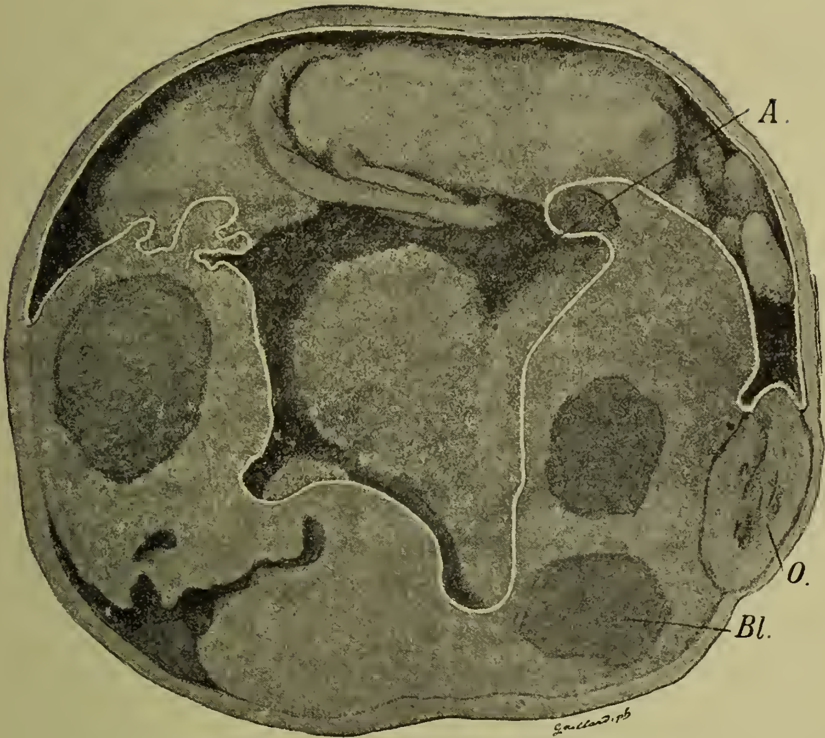


Fig. 13. Tubarschwangerschaft, Querschnitt durch das Präparat Fig. 12.— *O*. Ovarium; *A*. Amnionsack, darunter Placenta; *Bl*. Blutgerinnsel.

Tabelle über A. MARTIN'S 56 Fålle von ektopischer Schwangerschaft.

Nº	Name der Kranken. Ort der Publikation	ALTER	DATUM	BEFUND AN: UTERUS	BEFUND AN: TUBA	BEFUND AN: OVARIUM	BEFUND AN: PERITONEUM	Wie viel Zeit ist seit der letzten Entbindung verflossen?	? p.	Verhalten der Menses	SITZ DES EIES IN: TUBA: Ampullar	SITZ DES EIES IN: TUBA: Isthmisch	SITZ DES EIES IN: TUBA: Interstitiell	SITZ DES EIES IN: TUBA: Intraligamentär	SITZ DES EIES IN: Ovarium	SITZ DES EIES IN: Cavum peritonei.	INSERTION: Links	INSERTION: Rechts	Wie weit war die Schwangerschaft gediehen?	FRUCHT: leb.	FRUCHT: Abgestorben	AUSGANG DURCH: RUPTUR: Violent	AUSGANG DURCH: RUPTUR: Spontan	AUSGANG DURCH: ABORT	BLUTUNG AUSSERHALB DES SACKES: Freier Erguss	BLUTUNG AUSSERHALB DES SACKES: Hämatocele	BLUTUNG AUSSERHALB DES SACKES: Hämatoma	AUSGANG: OHNE OPERATION: Genesung	AUSGANG: OHNE OPERATION: Tod.	AUSGANG: NACH OPERATION: Genesung	AUSGANG: NACH OPERATION: Tod.	Sitz des Corpus luteum: Im gleichnamigen Ovarium	Sitz des Corpus luteum: Im ungleichnamig. Ovarium	Sitz des Corpus luteum: Nicht festzustellen	ART DER OPERATION: Primär	ART DER OPERATION: Secundär	ART DER OPERATION: Ausräumung mit oder ohne Drainage	ART DER OPERATION: Exstirpation des Sackes
1	Demonstration von Orth. Tsch. Beitr. d. Berl. Ges. f. Geb. III	32	4. VIII. 1873	Retrofl. Endometritis.			Peritonitis chr.	7 Jahre.	III p.	6 Wochen ausgeblieben.					Ovarium sinist. ?		1		IV. Monat.		1	1 Repositionsmanöver.			1				+ Anämie					1				
2	Demonstration von Orth. Sch. Beitr. der Berl. Ges. f. Geb. III	39	20. VIII. 1873	Dysmenorrhoea			Peritonitis subacuta	1 Jahr.	II p.	Fraglich ob ausgeblieben.	?							1	III. Monat.		1	1 Schwere körperliche Arbeit			1				+ Peritonit.					1				
3	Serg. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. III 1878	37	10. XI. 1877	Retroflexio			Peritonitis chr.	15 Jahre.	I p.	Nicht ausgeblieben, regelmässig.	?					Secundär. abdomin. Schw.		1	V. Monat		Lithopädion		1							1				1		1		I
4	Hübl. Berl. Kl. Wochsch. 1881 Nº 51	53	25. II. 1878				Peritonitis chr. septica.	12 Jahre.	VII p.	Damals Menses ausgeblieben; jetzt cessatio mens. senilis.	1						1		V. Monat		Vereiterung 1868, dann 11 Jahre später Zerfall mit Durchbruch nach dem Dick Darm		1								+ Collaps			1		1	1 ohne Drainage	
5	Weil. Berl. Kl. Wochsch. 1881 Nº 51	36	5. X. 1879	Metr. chr.			Peritonitis chr.	5 Jahre.	III p.	Seit Jahren unregelmässig.	1						1		IV. Monat		Vereiterung. Durchbruch zum Rectum		1								+ Collaps			1		1	1 ohne Drainage	
6	Petz. Berl. Kl. Wochsch. 1881 Nº 51	29	4. V. 1881	Dysmenorrh Endom. chr.				—	0 p.	Seit 1/2 Jahr unregelmässige Blutungen. Menses nicht ausgeblieben.	?							1	V. Monat		1		1	Abatzweise Blutungen	1				+ acute Anämi					1				
7	Günt. Berl. Kl. Wsch. 1881 Nº51 VII intern. Congress London 1881	39	9. VII. 1881				Geringe Peritonitis	9 Jahre.	II. p.	Anamnese bez. Menses ungenau, angeblich stets regelmässig.	1			1			1		VII. Monat	1										1				1	1		1 mit Drainage	
8	Mau.	31	30. VI. 1882	Endometr. Retroflexio.			Peritonitis chr. nach letztem Wochenb.	2 Jahre.	IV p.	4 Monate ausgeblieben.	1							1	IV. Monat		1		1	1					+ acute Anämie sofortige Verblutung.					1				
9	Rib. Int. med. congr. 1884 Kopenhag. D: med. Woch. 1886 Nº 27	33	11. III. 1884	Dysmenorrhoe. Andauernde Blutung.			Peritonitis chr.	2 Jahre.	II. p.	14 Tage postponirend.	1						1		III. Monat		Skelettiert		1		?					1				1		1		1
10	Hasel. Ges. f. Geb. und Gyn. 1885	34	12. II. 1885	—		—	Peritonitis	4 Jahre.	I p.	Vor 11 Monaten 8 × ausgeblieb., dann regelmässig.			1					1	VII. Monat		1 Macerirt		—							1				1	1			I Drainage des Douglas.
11	Fisch.	34	26. VI. 1885	Decidua ohne Chorion.		—	Peritonitis chr.	5 Jahre.	II p.	Nicht ausgeblieben, unregelm. Blutungen.	1						1		I. Monat.		1		—								+ Sepsis.	1			1			1
12	Kal. D: med. Woch. Nº 27 1886 Czempin	51	17. XI. 1885		Vielfach geschlängelt.		Mehrfache Nachschübe einer Perit. chr.	12 Jahre vorher gr. extraut. diagnosticirt	IV p.	10 Monate ausgeblieben, dann wieder regelmässig.	1					Secundär Bauchhöhle sch.		1	VIII. Monat		1 Fœtus frei in d. Bauchhöhle Mumificirt.		1							1		1				1		1
13	Loo.	27	17. IX. 1886	Retrofl. Vergrössert			Peritonitis Ascites	9 Jahre.	I p.	4 Monate ausgeblieben.	1						1		V. Monat		1 Frisch abgestorben.		—			1				1				1	1			1 Drainage des Douglas.
14	Scho. Z. f. Geb. und Gyn. XVI Czempin	35	20. X. 1886	Endometr.	Salp. pural.	Ooph. chr.	Peritonitis	2 Jahre.	V p.	Regelmässig; fraglich, ob gleichzeitig uterine Schwangerschaft durch Abort einige Monate vorher beendet.	1					Secundär Bauchhöhler sch.	1		VI. Monat		1 Fœtus macerirt.		1			?				1				1		1		1 Drainage des Douglas.

Tabelle über A. MARTIN'S 56 Fälle von ektopischer Schwangerschaft.

No	Name der Kranken. Ort der Publikation	ALTER	DATUM	BEFUND AN: UTERUS	BEFUND AN: TUBA	BEFUND AN: OVARIUM	BEFUND AN: PERITONEUM	Wie viel Zeit ist seit der letzten Entbindung verflossen?	? p.	Verhalten der Menses	SITZ DES EIES IN: TUBA: Ampullär	TUBA: Isthmisch	TUBA: Interstitiell	TUBA: Intraligamentär	Ovarium	Cavum peritonei	INSERTION: Links	INSERTION: Rechts	Wie weit war die Schwangerschaft gediehen?	FRUCHT: leb.	FRUCHT: Abgestorben	AUSGANG DURCH: RUPTUR: Violent	RUPTUR: Spontan	ABORT	BLUTUNG AUSSERHALB DES SACKES: Freier Erguss	Hämatocele	Hämatoma	AUSGANG: OHNE OPERATION: Genesung	OHNE OPERATION: Tod	NACH OPERATION: Genesung	NACH OPERATION: Tod	Sitz des Corpus luteum: Im gleichnamigen Ovarium	Im ungleichnamigen Ovarium	Nicht festzustellen	ART DER OPERATION: Primär	Secundär	Ausräumung mit oder ohne Drainage	Exstirpation des Sackes
15	Ba.	29	6. XII. 1886				Peritonitis chr.	2 Jahre.	III p.	Unregelmässig.	1						1		III. Monat		1		1		?				+ Peritonit.				1					
16	Diet. Orthmann Z. f. Geb. u Gyn. XX.	39	13. I. 1887		Schwangere Tube geschlängelt atretisch Epithel erhalten.	Follikel hydropisch.	Peritonitis.	2 Jahre.	X p.	Unregelmässig Blutungen.		1						1	III. Monat		1	1			1					1		1				1		1
17	Gra.	38	17. III. 1887	·	—	—	Peritonitis.	10 Jahre.	III p.	3 × ausgeblieben.	?							1	VI. Monat		1									1				1		1	1	
18	Genz. Orthmann Z. f. Geb. & Gyn. XX	44	13. V. 1887	Decidua ohne Chorion	Abknickung Epithel erhalten	Haemat. Ovarii	Peritonitis.	3 Jahre.	II p.	1 × ausgeblieben.	1						1		II. Monat		1		1		1					1		1				1		1
19	Ros. Orthmann Z. f. Geb. & Gyn. XX	33	4. VI. 1887	Normal Decidua	—	—		4 Jahre.	I p.	Am Tage der ruptur erwartet	1							1	I. Monat		1		1		1						+ Anämie		1			1		1
20	Conr.	29	17. VII. 1887	Myoma corporis.	—	—	Peritonitis.	—	I p.	3 × unregelmässig.	1			1			1		IV. Monat		1				1					1		1				1		1 Drainage des Douglas
21	Frd. Mül.	28	30. XI. 1887	Metr. Endomet.	Stark geschlängelt	—	Peritonitis.	1 3/4 Jahr.	I p.	3 × ausgeblieben.	1							1	IV. Monat		1			1	1 und i					1			1			1		1 Drainage des Douglas
22	Hand. Orthmann Z. f. Geb. & Gyn. XX	35	9. V. 1888	Metr. chr. Cervixrisse	—	Follikel Haematom	Peritonitis.	2 Jahre.	III p.	Nicht ausgeblieb. atypische Blutungen.	1							1	II. Monat		1			1	1 und i					1			1			1		1
23	Ro. Orthmann Z. f. Geb. & Gyn. XX	26	30. VII. 1888	Myoma corporis.	—	Hydropisch. Follikel	Peritonitis.	11 Monate.	II p.	1 × ausgeblieben.	1							1	I. Monat		1			1	1 Ruckweise					1		1				1		1
24	Voi. Orthmann Z. f. Geb. & Gyn. XX	32	10. X. 1888	—	Hydrops tubae sinistr.	Haemat. Ovarii sinistr.	Peritonitis.	8 Jahre.	I p.	Nicht ausgeblieben.	1							1	I. Monat		Fœtus nicht gefunden Blut im Eisack										+ Darmabknickung			1	1			1
25	Vett. Orthmann Z. f. Geb. & Gyn. XX	32	23. II. 1889		Atresia tub. alterius Resect tubae		—	12 Jahre.	I p.	Nicht ausgebl. atypische Blutungen.	1							1	I. Monat		1									1				1	1			1
26	Rud. Orthmann Z. f. Geb. & Gyn. XX	39	30. IV. 1889		Excess der Länge 28 c. Salp. chr. interstit	Cystom ovarii alterius.	Peritonitis. chr.	1 Jahr nach Abort	V p.	1 × ausgeblieb. Blutungen.	1						1		I. Monat		Fœtus nicht gefunden. Eisack Blutgefüllt									1				1	1			1
27	Kly. Orthmann Z. f. Geb. & Gyn. XX	32	20. VII. 1889	Retrofl.		Cystom Ovarii.	Zottenbildung auf Perit.	2 Jahre.	VII p.	Nicht ausgebl. Blutungen.	1			1			1		I. Monat		Fœtus nicht gefunden. Eisack Blutgefüllt									1				1	1			1
28	A. Mül. Orthmann Z. f. Geb. & Gyn.	33	1. II. 1890	Retrofl.	Abknickung Epithel erhalten.		Peritonitis.	2 1/2 Jahr.	IV. p.	Nicht ausgebl. Blutungen.	1						1		II. Monat		Fœtus nicht gefunden.			1	1					1				1		1		1

Tabelle über A. MARTIN'S 56 Fälle von ektopischer Schwangerschaft.

No	Name der Kranken. Ort der Publikation	Alter	Datum	Befund an: Uterus	Tuba	Ovarium	Peritoneum	Wie viel Zeit ist seit der letzten Enthbindung verflossen?	? p.	Verhalten der Menses	Sitz des Eies in: Tuba: Ampullar	Isthmisch	Interstitiell	Intraligamentär	Ovarium	Cavum peritonei	Insertion: Links	Rechts	Wie weit war die Schwangerschaft gediehen?	Frucht: leb.	Abgestorben	Ausgang durch: Ruptur: Violent	Spontan	Abort	Blutung ausserhalb des Sackes: Freier Erguss	Hämatocele	Hämatoma	Ausgang: ohne Operation: Genesrug	Tod.	nach Operation: Genesrug	Tod.	Sitz des Corpus luteum: Im gleichnamigen Ovarium	Im ungleichnamig. Ovarium	Nicht festzustellen	Art der Operation: Primär	Secundär	Ausräumung mit oder ohne Drainage	Exstirpation des Sackes
29	L. Mül.	30	23. IV. 1890	Endometr. Abrasio. keine Decidua nachzuweisen.		Oophoritis chr.	Peritonitis.	1 1/2 Jahr.	V. p.	Nicht ausgebl.	1							1	II. Monat		Fœtus nicht aufgefunden			1	1					1		1				1		1
30	Bren.	24	31. VI. 1890	Subinvolutio uteri.	Tuba d. peripheren Fruchtsack durch peritonitische Schwiele abgeknickt.	Oophoritis chr.	Peritonitische Schwielen	5 Monate.	I. p.	Seit letzter Geburt ausgebl. (Pat. nährt noch)	1							1	I. Monat		Fœtus nicht aufgefunden			Durch Druck bei Untersuchung.	1					1		1				1		1
31	Sp.	21	9. VIII. 1890	—	—	—	Peritonitis chr.	1 1/2 Jahr.	I. p.	Unregelmässig s. 3 Monat.	1						1		III. Monat		1			1	1 und i Abatzweise						+ Periton.	1				1		1
32	Dob.	27	1. XI. 1890	—	—	—	Peritonitis chr.	6 Jahre.	II. p.	3 × ausgeblieb.	1			1			1		III. Monat		Fœtus nicht aufgefunden Ei intakt, mit Blut durchsetzt									1		1			1			1
33	Kli.	27	1. XI. 1890	—	—	—	Peritonitis chr.	1 Jahr.	I. p.	2 × ausgeblieb. dann Blutungen	1			1				1	III. Monat		Fœtus nicht aufgefunden Ei mit Blut durchtränkt	1	resp. 1		1					1		1				1		1
34	Clair.	25	4. II. 1891	Endometr. gonorrh. (?)	—	Follikel haematom.	Peritonitis.	7 Jahre.	I. p.	Nicht ausgebl.	1			1				1	II. Monat		Fœtus nicht gefunden.			1	1 und i					1				1		1		1
35	Jetzsch.	29	7. II. 1891	Schleimhaut ohne Decid.	Salp. Haemato-salp. d. anderen Seite.	Cystoma Ovarii. Ovarialtuba	Peritonitis chr.		O. p.	Unregelmässig Nicht ausgebl.		1		1				1	III. Monat		Fœtus nicht gefunden.				1						+ Periton,	1				1		1
36	Rück.	33	12. II. 1891	Endometr. chr. keine Decidua	—		Peritonitis chr.	2 Jahre.	II. p.	Regelmässig Nicht ausgebl.	1			1				1	II. Monat		Intaktes, Eion Blut durchsetzt. Fœtus eihalte									1		1				1		1
37	Qua.	34	4. IV. 1891	Endometr. Decidua nicht nachzuweisen	Salp. chr.	—	Peritonitis chr.	12 Jahre.	I. p.	Nicht ausgeblieben.	1			—				1	II. Monat		Fœtus nicht gefunden. Eisack blutgefüllt			1	1					1		1			1			1
38	Gra.	25	6. V. 1891.		—	Follikel haematom.	Peritonitis.	2 Jahre.	I. p.	Unregelmässig Menorrhagie seit Partus.	1			—				1	II. Monat		Fœtus nicht gefunden blutgefülltes Ei				1					1		1		1	1			1
39	A. Mül.	27	9. V. 1891		Auffallende Schlängelung der Tube.	—	Peritonitis chr.	5 Jahre.	I. p.	5 Wochen ausgeblieben.	1			1				1	I. Monat		1	Ruckweise Blutungen			1					1		1				1		1
40	Gesch.	55	6. VIII. 1891	Carcin. colli.			Peritonitis chr.	20 Jahre.	II. p.	Gravid. ect. vor 19 Jahren.	—			—	1		1		IX Monat Vereiterung d. Schrumpfung. Durchbruch		Beginnend. Lithopaed.									1			—	1		1		1
41	Const.	28	30. IX. 1891	Stenosis orific. uteri ext.		Oophor. chr.	Peritonitis chr.	3 Jahre steril verheiratet.	O. p.	4 × ausgeblieb. dann Abgang der Decidua.	1			1				1	IV. Monat		1 Blutung im Sack absatzweise									1		1			1			1
42	Saen.	32	15. X. 1891		Auf anderen Seite atretische Tube.		Peritonitis chr.	12 Jahre steril. Verheirathet.	O. p.	3 Monate ausgeblieben.	1			—			1		III. Monat		1 Blutung im Sack absatzweise	1			1					1		1				1		1

Tabelle über A. MARTIN'S 56 Fälle von ektopischer Schwangerschaft.

Nº	Name der Kranken. Ort der Publikation	ALTER	DATUM	BEFUND AN: UTERUS	BEFUND AN: TUBA	BEFUND AN: OVARIUM	BEFUND AN: PERITONEUM	Wie viel Zeit ist seit der letzten Entbindung verflossen?	? p.	Verhalten der Menses	SITZ DES EIES IN: TUBA: Ampullar	SITZ DES EIES IN: TUBA: Isthmisch	SITZ DES EIES IN: TUBA: Interstitiell	SITZ DES EIES IN: TUBA: Intraligamentär	SITZ DES EIES IN: Ovarium	SITZ DES EIES IN: Cavum peritonei.	INSERTION: Links	INSERTION: Rechts	Wie weit war die Schwanger. schaft gediehen?	FRUCHT: leb.	FRUCHT: Abgestorben	AUSGANG DURCH: RUPTUR: Violent	AUSGANG DURCH: RUPTUR: Spontan	AUSGANG DURCH: ABORT	BLUTUNG AUSSERHALB DES SACKES: Freier Erguss	BLUTUNG: Hämatocele	BLUTUNG: Hämatoma	AUSGANG: OHNE OPERATION: Genesung	AUSGANG: OHNE OPERATION: Tod.	AUSGANG: NACH OPERATION: Genesung	AUSGANG: NACH OPERATION: Tod.	Sitz des Corpus luteum: Im gleichnamigen Ovarium	Sitz des Corpus luteum: Im ungleichnamig. Ovarium	Sitz des Corpus luteum: Nicht festzustellen	ART DER OPERATION: Primär	ART DER OPERATION: Secundär	ART DER OPERATION: Ausräumung mit oder ohne Drainage	ART DER OPERATION: Exstirpation des Sackes
43	C.	24	17. X. 1891	Endometr. ohne Spuren v. Decidua.	Salping. (gonorrh ?)	Cystoma ovarii sin.	Vor Verheiratung perit. chr.	1 Jahr verheirathet	0 p.	Nicht ausgeblieben	1			—			1		II. Monat		Fœtus nicht gefunden. Blutungen im Sack.									1		1 in der Wand des Cystoms			1			1
44	Büttg.	29	21. X. 1891	Myom	Beide Tuben atretisch Haematomum atret. Fimbrienende.	Ooph.	Peritonitis.	4 Jahre steril.	0 p.	2 × ausgeblieben Blutungen u. Schmerzen	1			—				1	II. Monat		Fœtus nicht gefunden.		1		1 und 1 Absatzweisen					1		1				1		1
45	Struck	30	24. X. 1891	Puerpere.	Abdominal. Theil der schwangeren Tube gewunden.	Oophor. follic. chr.	Peritonitis.	14 Monate.	III p.	2 Wochen verspätet. Stillt noch!		1		—				1	I. Monat		Fœtus nicht gefunden.		1		1 Absatzweisen					1		1				1		1
46	Amb.	28	2. XII. 1891	Endometr. chr.			Peritonitis.	5 Jahre.	III p.	Nicht ausgeblieben	1			—			1		1 Monat		Fœtus nicht gefunden. Blutgefüllt		1 resp.	Ruptur u. Abort absatzweise Blutg.	1					1		1		1		1		1
47	Thom	32	24. XII. 1891		Salp. interstit. der schwangeren Seite, ebenso der andern. Atresie derselben		Ausgedehnte Perit. adhaesiva	2 Jahre.	IV p.	Nicht ausgeblieben, Blutungen	1							1	I. Monat		Fœtus nicht gefungen. Blutung im Eisack									1		1			1			1
48	Got.	27	20. I. 1892	Metr. chr. Portio konisch.	Pyosalpinx beiderseits	Oophor. Salping. chr. dupl.	Peritonitis Ascites	1/2 Jahr.	III p.	2 × (?) ausgeblieben, Blutungen		1		1			1		II. Monat		Fœtus nicht gefunden. Blutungen		1	Blutung aus Ostium abd.	? Ascites					1		1				1		1
49	Musch.	28	27. I. 1892		Ovarialtuba	Cystom. Ovarii utriusque	Peritonitis.	3 1/2 Jahre.	II p.	3 × ausgeblieben	1			1				1	IV. Monat		1 Blutungen		1 Ruptur d. Follikel. haemat.		1						+ Anaemie	1			1			1
50	Sch.	42	24. II. 1892	Endomet. keine Decidua	Salp. Atresie der andern Tube Haematosalpinx	Ooph. chr.	Peritonitis.	7 Jahre.	VIII p	Unregelmässig Blutungen. Nicht ausgebl.		1					1		I. Monat		Fœtus nicht gefunden. Blutungen	1			1					1		1			1			1
51	Lysows.	28	5. III. 1892		Ooph. und Salp. in schwanger. Seite Ovarialtuba.		Peritonitis.	9 Monate.	III p.	Unregelmässig. Schmerzen. Blutungen nach Fall	1							1	II. Monat		Fœtus nicht gefunden.		1		1 ausdem Sitz des Eiesam Liq. lat.						+ Anaemie	1			1			1
52	Kun.	28	2. III. 1892	Retroversio			Peritonitis.	6 1/2 Jahre.	I p.	Unregelmässig	1							1	I. Monat		Fœtus nicht gefunden. 1 Blutungen im Sack			1	1					1		1			1			1
53	Bar.	38	6. IV. 1892	—	Haematoma folliculorum	Ooph. Salp. chr.	Peritonitis.	15 Jahre.	II p.	3 × ausgeblieb. dafür Blutungen u. Schmerzen.	1						1		III. Monat		Fœtus nicht gefunden. 1 Blutungen im Sack und Tuba									1		1		1				1
54	Ram.	37	14. V. 1892	Vielfach wegen Blutungen und Abortus behandelt	Ovarialtuba.		Peritonitis.	2× wegen vermeintlicher Aborte, zuletzt vor 3 Jahren Abort, Abrasio, fraglich, wann letzte Gravidit.	? p. 8 × ausgetragen	Schwach, danach Collaps, Blutungen	1							1	II. Monat		Fœtus nicht gefunden.	1	1 (?)		1 aus rupturirtera Ovarialcyste.	1	1			1		1				1		1
55	Zin.	28	22. VI. 1892	Cervixriss. Endom. Erosionen			Peritonitis.	1 1/4 Jahre.	VII p.	Blutungen ohne dass Menses ausgeblieben	1					Tubo-abdomin.		1	I. Monat		1			?	1					1		1				1		1
56	Frit.	25	16. VIII. 1892		—		Sher geringe Peritonitis.	6 Jahre; damals ledig; jetzt 1 Jahr verheirat.		1 × ausgeblieb. Blutungen seit Wochen	1							1	I. Monat					1	1					1		1				1		1

Rochet (Anvers). — J'ai rapporté à la Société belge de Gynécologie, un cas de grossesse extra-utérine rompue que j'opérai en août 1891 par l'hystérectomie vaginale; le diagnostic n'avait pas été fait avant l'opération, j'avais cru à une suppuration pelvienne, c'est ce qui m'avait fait adopter la voie vaginale pour mon intervention.

A la réunion de cette société savante, on me fit une observation qui, certainement n'est pas sans importance, on me reprocha d'avoir castré inutilement cette femme, qui, disait-on, aurait peut-être pu guérir par une simple incision du cul-de-sac de Douglas; j'aurais, disait-on, dû m'arrêter après le premier temps de l'hystérectomie vaginale.

Mon opérée qui se trouvait, avant l'opération, dans les conditions les plus déplorables, presque *in extremis*, guérit parfaitement, et se trouve aujourd'hui dans un état de santé des plus florissants; elle ne regrette nullement d'être stérile.

Quelques temps après, j'eus l'occasion d'opérer, dans les mêmes circonstances, une malade dont l'histoire est assez intéressante pour que je l'expose aujourd'hui devant vous.

DEUXIÈME CAS. — *Grossesse tubaire rompue. — Péritonite. — Opération. Mort. — Autopsie.*

Elisabeth M...., âgée de 30 ans, entre à l'hôpital le 5 mars 1892; elle est mariée, a eu deux enfants, le dernier a 4 ans; n'a pas eu de fausse couche. A l'âge de 18 ans, elle a eu un arrêt des règles pendant sept mois, elle a souffert dans le bas-ventre; depuis lors les règles ont toujours été irrégulières, mais sans douleurs.

Elle a eu la scarlatine et la fièvre typhoïde.

Les accouchements ont été normaux; a souffert de temps en temps du bas-ventre entre ses deux accouchements. Depuis le dernier, les règles ont toujours été régulières et normales en quantité et en durée. Pertes blanches et jaunes continuelles, pas de douleur à la défécation, miction pénible.

Les règles sont venues le 18 février au lieu du 16, et elles ont été très peu abondantes (quelques taches), puis se sont arrêtées pendant trois jours; au bout de ce temps elle a eu une hémorragie abondante sans caillot. Depuis lors, jusqu'à ce jour, elle perd toujours du sang en petite quantité : elle éprouve depuis ces jours de grandes difficultés pour la miction et pour la défécation, le cathétérisme est même nécessaire.

A son entrée à l'hôpital, le ventre est très douloureux, ballonné, rendant l'exploration impossible. L'examen vaginal révélait des lésions qu'il était difficile d'analyser à cause de la douleur.

Le 7 mars, la miction est plus facile, ainsi que les selles. Le ventre n'est plus aussi ballonné ni douloureux.

Vulve, périnée, mamelles sont normaux à l'inspection. Le col utérin normal est porté en avant contre la symphyse. On ne sent pas le corps dans le cul-de-sac antérieur.

Dans le cul-de-sac postérieur, tumeur du volume d'un gros œuf paraissant se continuer avec le col en formant un angle de flexion prononcé. Le cul-de-sac latéral droit est normal. Le ligament large gauche et le cul-de-sac latéral gauche très sensibles. On y sent une tumeur très douloureuse ; l'utérus est fixe.

Le 11 mars, douleurs dans le ventre, vomissements, miction impossible, la température s'élève.

Le 12, le ventre se ballonne, la tumeur augmente de volume.

Le 14, ces symptômes s'accentuent.

Le 16, on fait la laparotomie. L'intestin grêle a formé des adhérences tellement intimes avec la paroi au niveau de l'incision qu'il est impossible ou plutôt dangereux de continuer l'opération par cette voie. Je fais mettre la femme dans la position dorsale et j'incise le cul-de-sac postérieur du vagin; il s'écoule une quantité de sang poisseux et des caillots nombreux; je tamponne la poche à la gaze iodoformée.

Le 17 mars 1892, l'état général est très bon; pas de fièvre, pansement, irrigation boriquée dans la poche, tamponnement iodoformé.

Le soir, la femme a des vomissements, de la fièvre. Le 18, délire, érythème de la paroi abdominale et des cuisses. Teinte subictérique de la peau, pouls petit, très rapide. Pansement boriqué.

Le 19, id. adynamie, délire.

Elle meurt le 20 au matin.

L'autopsie pratiquée le lendemain, révéla les lésions suivantes : à l'ouverture du ventre, on trouve les intestins fortement ballonnés recouverts d'un enduit visqueux peu abondant. Pas d'épanchement sanguin, ni purulent. L'intestin est peu vascularisé, il n'y a pas de fausses membranes fibrineuses. Au niveau du détroit supérieur, les intestins présentent de nombreuses adhérences, limitant une vaste poche remplie de caillots sanguins. Ces caillots s'étendent jusque dans les fosses iliaques.

Tous les organes du petit bassin, ayant été enlevés en bloc, on constate que l'utérus est de volume normal en rétro-flexion et adhérent

aux organes voisins, sauf à la vessie. La trompe droite est augmentée de volume et adhérente ; l'ovaire droit est sain.

La trompe gauche forme une tumeur dure du volume d'un œuf de poule, présente son grand axe dirigé en arrière et en dehors.

A son extrémité postérieure, existe une déchirure remplie de caillots adhérents. A l'intérieur de cette tumeur, on trouve une masse charnue, ayant l'apparence d'un placenta adhérent par une étendue de quelques centimètres carrés à la poche tubaire. Le reste est rempli de caillots, on ne trouve pas de fœtus.

Le foie est atteint de dégénérescence graisseuse aiguë, couleur jaune marbrée, faible consistance.

Les reins présentent les lésions d'une néphrite suppurée, pus dans le bassinet et les calices. La rate est normale. Les pièces anatomiques de cette autopsie ont été présentées à la Société de gynécologie en avril 1892.

Cette malade présenta, avant l'opération, à peu près les mêmes symptômes que celle que j'opérai avec succès en août 1892 par l'hystérectomie vaginale.

Lorsque j'entamai l'opération, je n'avais pas fait de diagnostic ferme, et c'est pour cette raison que je choisis la voie abdominale ; c'était une laparotomie exploratrice que je ne ferais peut-être plus aujourd'hui, dans les mêmes circonstances, car, depuis lors, M. Segond a posé assez nettement les indications qui permettent de choisir entre la voie vaginale et la voie abdominale, aussi bien pour une exploration simple du bassin que pour une opération plus radicale.

Dès que j'eus ouvert le péritoine, je tombai sur des anses intestinales adhérentes sur toute leur étendue à la paroi ; je pensai immédiatement à l'existence d'une vaste suppuration séparée de la grande cavité péritonéale par ces adhérences, et je refermai l'ouverture abdominale, craignant de déchirer ces adhérences qui protégeaient efficacement la grande cavité contre l'invasion du pus et j'attaquai la tumeur par le cul-de-sac postérieur : cette tumeur n'était pas nettement fluctuante ; on le comprendra facilement, puisqu'elle était constituée en très grande partie par des caillots, qui s'échappèrent en quantité considérable.

Dès que j'eus ouvert largement le cul-de-sac, je pensai alors à une grossesse extra-utérine rompue, et, me rappelant l'observation qui m'avait été faite à la Société de gynécologie à l'occasion de mon premier cas, je ne complétai pas l'hystérectomie, pour ne pas castrer la femme et me contentai de drainer le cul-de-sac postérieur.

La malade mourut le 20 ; mourut-elle d'empoisonnement par l'iodo-

forme ou de septicémie? J'avais cru d'abord à l'empoisonnement, à cause de l'érythème de la paroi abdominale et des cuisses, et à cause de la dégénérescence graisseuse du foie.

Cependant, en considérant que le tamponnement à la gaze iodoformée fut fait au moyen de deux bandes iodoformées ordinaires, que des quantités considérables ne m'ont jamais donné d'accident, et en examinant attentivement les symptômes avant et après l'opération, je suis plutôt porté à croire qu'elle mourut de septicémie.

La péritonite septique existait avant l'opération, elle avait amené l'adhérence des anses intestinales à la paroi abdominale. L'autopsie révéla l'existence d'une néphrite suppurée, il y avait du pus dans les bassinets et les calices.

Les lésions les plus intéressantes constatées à l'autopsie sont celles du petit bassin et de l'appareil génital : elles servent à nous indiquer ce qu'aurait dû être notre intervention pour être efficace.

L'utérus de volume normal, en légère rétro-flexion et adhérent aux organes voisins, sauf à la vessie, la trompe droite augmentée de volume et adhérente à l'ovaire droit sain, etc.

Toutes ces lésions démontrent que cette femme était atteinte depuis longtemps de métro-ovaro-salpingite chronique double, avec adhérences et déplacement de ces organes; qu'il s'est produit une grossesse tubaire gauche qui s'est rompue. Il se produisit, après la rupture, une péritonite septique qui peut avoir eu pour cause la septicité de la salpingite ou bien peut-être l'état du placenta. Car on peut considérer la rupture d'une grossesse ectopique comme un avortement dans lequel l'œuf, au lieu d'être expulsé à l'extérieur, l'est dans la cavité péritonéale, et, de même que certains placentas retenus dans l'utérus se putréfient, tandis que d'autres restent intacts, de même un placenta retenu dans la trompe rompue, peut subir des transformations du même genre, selon les circonstances.

On pourrait aussi trouver une cause d'infection septique du péritoine dans une maladie de l'œuf lui-même : un fœtus putréfié, ayant macéré dans un liquide amniotique infecté lui-même, peut être cause d'inflammation septique au moment de la rupture; et les causes générales ou locales qui déterminent la dégénérescence de l'œuf contenu dans l'utérus, la peuvent produire aussi bien dans l'œuf en voie de développement dans une trompe.

C'est ainsi qu'on peut expliquer comment certaines hématocèles, dues à la rupture d'une grossesse tubaire, suppurent immédiatement, tandis que d'autres, mêmes très volumineuses, restent aseptiques et se résorbent.

C'est cette péritonite qui, dans notre cas, a formé les brides et les adhérences intestinales qui isolèrent la grande cavité péritonéale de la cavité pelvienne et des organes infectés. J'ai donc bien fait d'abandonner, dans mon opération, la voie abdominale et de respecter ces adhérences.

La présence de volumineux caillots existant encore dans la cavité pelvienne au-dessus de l'utérus, prouve que l'incision du Douglas ne suffit pas pour permettre l'évacuation complète de tous les produits septiques. J'aurais dû faire l'hystérectomie, non-seulement pour enlever les organes pelviens atteints de métro-ovaro-salpingite septique, mais surtout pour enlever la trompe rupturée avec son placenta : l'examen des pièces démontrait parfaitement que les pinces auraient fatalement mordu dans la zone placentaire ou un peu en dehors d'elle ; on enlevait ainsi d'un seul coup la cause principale de l'infection et de l'hémorragie, et on se ménageait une large voie de drainage pour les produits septiques existant déjà.

Si je n'avais pas craint de mériter le reproche d'avoir enlevé à cette femme des organes peut-être capables encore de fonctionner, il est probable qu'elle vivrait encore aujourd'hui ; on voit, en effet, dans l'observation, qu'après l'incision du Douglas et l'évacuation des produits septiques retenus, il se produisit une amélioration passagère considérable pendant plus de vingt-quatre heures ; mais le manque d'espace pour l'évacuation complète de la poche fut cause de l'aggravation qui se produisit le lendemain et qui amena la mort de l'opérée.

Si j'avais été bien inspiré, j'aurais fait l'hystérectomie secondaire dès que l'aggravation se produisit, et ce comme dans l'observation suivante.

Troisième cas. — *Hématocèle rétro-utérine due à la rupture d'une grossesse extra-utérine. — Hystérectomie vaginale. — Guérison.*

Mme V..., âgée de 44 ans, entre à l'hôpital le 26 juillet 1892. A eu quatre enfants, pas de fausse couche ; le dernier enfant a 6 ans.

Porte une tumeur considérée comme une hernie à la région inguinale, depuis douze ans. Elle prétend qu'elle savait la rentrer et la maintenir au moyen d'un bandage.

Depuis son premier enfant, elle a une chute de la paroi postérieure du vagin ; elle souffre toujours du côté de l'utérus et a subi un curettage il y a deux ans ; porte un pessaire. Depuis plusieurs mois,

ses règles sont irrégulières, toujours très abondantes et revenant tous les quinze jours environ.

Depuis le 18 juillet, se plaint de violentes douleurs dans le ventre.

A la visite du matin, le 27 juillet, le ventre est ballonné, tendu, très douloureux, vomissements porracés depuis le 18 : la température marque 36°8, le pouls a 138, facies grippé ; sueurs froides ; état général des plus mauvais ; n'a pas eu de selles, ni émis de gaz depuis plusieurs jours. Petite tumeur du volume d'une noix à la région crurale gauche.

Croyant à une hernie étranglée gangrenée, nous pratiquons immédiatement la kélotomie et nous arrivons sur un ganglion dont la partie tout à fait centrale renferme du pus. Nous excisons ce ganglion et suturons la plaie.

Nous passons alors à un examen vaginal, pour rechercher les causes de l'état général, aussi grave que nous ne pouvions plus expliquer, puisqu'il n'y avait pas de hernie. Il y avait un prolapsus marqué de la paroi vaginale postérieure et dans le Douglas nous constatâmes immédiatement l'existence d'un épanchement fluctuant considérable.

Plaçant la femme dans la position dorsale, les jambes fléchies et retenues par des entraves, nous incisâmes sur le champ le cul-de-sac de Douglas, et il s'en écoula une quantité énorme de pus infect et nauséabond. Drainage à la gaze.

Le 28, la gaze est remplacée par un gros drain, on fait des irrigations boriquées biquotidiennes.

Le 29, au matin, le pouls tombe à 98, pour remonter le soir à 134.

La température reste vers 37° ou au-dessous.

La malade a eu une selle le 28.

Le 30, le pouls retombe à 100, mais il remonte à 120 le 1er août, et reste à ce point.

L'état général reste mauvais, sueurs froides, œil vitreux, vomissements.

En présence de cet état si précaire, je pratiquai le 3 août l'hystérectomie vaginale.

Le col est libéré au thermo, puis détaché complètement avec le doigt. Des pinces longues sont ensuite passées progressivement sur les ligaments et ceux-ci incisés. Au fur et à mesure qu'on avance, on délivre trois poches purulentes successives, donnant beaucoup de pus. Une fois l'utérus enlevé, on rencontre au fond du champ opératoire, collée sur le rectum, une masse qui saigne beaucoup, surtout quand on veut la tirailler ou la prendre dans des pinces, elle fournit au toucher la sensation d'un placenta, ainsi que le constatèrent mon

collègue le Dr Schoonen et les assistants. C'est ce qui nous permit de confirmer le diagnostic d'hématocèle suppurée due à la rupture d'une grossesse extra-utérine.

Cette source de sang ayant été tarie, une autre vint se révéler, une hémorragie abondante s'était déclarée le long d'une pince vers l'artère utérine.

Le tamponnement n'ayant pu s'en rendre maître, on plaça une pince en dehors de la première et l'hémorragie cessa.

Le surlendemain de l'opération, les vomissements avaient cessé pour ne plus reparaître; le pouls tombait vers 95, et, à partir du 12, la température s'élevait au-dessus de 37°, elle atteignit même quelquefois 38°.

Aujourd'hui 10 septembre, la malade est presque complètement guérie; il reste au fond du vagin une vaste surface granuleuse qui se rétrécit tous les jours, et la malade se promène au jardin et reprend les forces qu'elle avait perdues.

Quatrième cas. — *Hématocèle rétro-utérine suppurée, due très probablement à la rupture d'une grossesse extra-utérine. — Incision du Douglas. — Drainage. — Guérison.*

Mme D..., âgée de 32 ans, a eu un enfant il y a six ans. Entre à l'hôpital le 18 octobre 1890. Souffre de la matrice depuis longtemps; mais, depuis six mois, elle a des douleurs dans le bas-ventre qui ont été constamment en augmentant. A eu un retard de règles de quelques semaines et, depuis lors, perd du sang par intermittence, mais en minime quantité.

La miction est impossible, la défécation très difficile et douloureuse. L'élimination de l'urine au moyen de la sonde est excessivement douloureuse; les urines sont purulentes.

Au toucher, on sent le col utérin refoulé contre le pubis et très élevé; la sonde y pénètre à 9 centimètres, se dirigeant vers le flanc gauche, on sent alors parfaitement le corps de l'utérus collé contre la paroi abdominale et fortement porté vers la gauche.

La vessie, au contraire, est portée vers la droite.

Entre les deux, sur la paroi abdominale, on sent une masse mollasse, sur laquelle on perçoit au toucher des battements vasculaires comme dans un anévrysme; à l'auscultation, on perçoit un souffle vasculaire très prononcé.

Dans le cul-de-sac postérieur, tumeur fluctuante volumineuse.

Nous portons le diagnostic d'hématocèle due presque certainement à la rupture d'une grossesse extra-utérine.

Pour ne pas entrer dans de trop longs détails, il suffira de dire que l'hématocèle passa à suppuration, présentant tous les symptômes de la péritonite septique la plus grave, qui mirent la malade à deux doigts de sa perte. A cette époque, je ne connaissais pas encore l'hystérectomie vaginale comme traitement des suppurations pelviennes; et je n'osais pas faire la laparotomie à cause de la présence de nombreux vaisseaux dans la paroi abdominale; j'étais convaincu que si j'incisais en cet endroit, je tomberais sur un placenta, que j'aurais une hémorragie énorme que la malade n'était pas à même de supporter dans l'état d'anémie prononcé où elle se trouvait.

Enfin, le 27 novembre, je lui ouvris le cul-de-sac de Douglas; il s'en écoula une quantité énorme de pus fétide, de vastes lambeaux membraniformes; peu à peu par des irrigations antiseptiques et un drainage soigné, l'état général s'améliora et la malade quitta l'hôpital au bout de quelques semaines.

J'ai appris depuis qu'elle souffre encore beaucoup du côté de l'appareil génital; ces souffrances résultent sans doute d'adhérences nombreuses qui fixent entre eux tous les organes du petit bassin. La menstruation est pénible et il n'y a plus jamais été question de grossesse. Du reste, si elle devenait enceinte, ce qui me paraît assez douteux, il pourrait se reproduire une grossesse extra-utérine, ou, en cas contraire, une fausse couche surviendrait certainement avant le quatrième mois.

La femme est donc guérie de son hématocèle suppurée, mais elle souffre encore des causes qui ont produit cet hématocèle; si on avait fait l'hystérectomie, elle serait radicalement guérie.

Voila donc quatre cas de grossesse extra-utérine que j'ai rencontrés où l'indication existait absolue d'entreprendre l'opération par le vagin, en pratiquant l'hystérectomie.

Qu'il me soit permis d'en rapporter d'autres où il convenait de faire la laparotomie pour arriver au même but.

Cinquième cas. — *Grossesse tubaire droite en voie de rupture. — Laparotomie. — Guérison.* (Résumée.)

En octobre 1891, je fus appelé par mon collègue le Dr Schoonen, auprès de Mme B.... qui souffrait depuis plusieurs années dans le basventre. Elle est d'une constitution assez délicate, n'a plus eu d'enfants

depuis huit ans. Depuis cinq ou six ans, elle se plaint du côté de l'utérus, est très irrégulièrement réglée, tantôt les règles restent plusieurs semaines en retard, tantôt elles viennent trop fréquemment. A un peu de pertes jaunâtres; garde le lit à cause de son malaise général; éprouve des douleurs spontanées et à la pression, dans les flancs, les cuisses et les reins. Constipation, douleur en allant à la selle.

Depuis trois semaines, elle a des douleurs continues dans le bas-ventre et perd du sang en petite quantité; au toucher combiné, on sent une tumeur grosse comme un œuf dans la partie supérieure du ligament large droit, non fluctuante; l'utérus est mobile. Nous portons le diagnostic d'ovaro-salpingite chronique et, en présence des longues souffrances qu'a endurées la malade, de l'incapacité complète de tout travail, nous l'engageons à se laisser opérer.

Elle entra en novembre à l'hôpital Saint-Camille où nous l'opérâmes avec l'aide des Drs Schoonen, Lambotte et Bauwens.

Dès qu'elle fut dans la résolution chloroformique, la tumeur devint tellement facile à délimiter et à saisir en main, à travers la paroi abdominale, un peu en avant et en dehors de l'utérus vers la droite, que nous remarquâmes immédiatement que nous n'avions pas affaire à une ovaro-salpingite adhérente comme celles que nous rencontrons habituellement dans nos laparotomies.

A peine le ventre fut-il ouvert, que nous voyons des caillots noirs peu abondants au milieu des anses intestinales et de l'épiploon, et, nous portant vers la tumeur, nous la voyons parfaitemeut pédiculée, mobile, saignant dès qu'on la manipule. Son extirpation, après en avoir serré le pédicule dans un double nœud, fut des plus simples et nous permit de constater l'existence dans la trompe dilatée d'un fœtus de six semaines avec son placenta. L'ovaire gauche avec la trompe, prolabé et adhérent dans le Douglas, fut détaché et enlevé.

Toilette du péritoine, sutures à étages de la paroi. Guérison sans incident. La femme est restée en bonne santé jusqu'aujourd'hui et a repris ses travaux d'autrefois.

La pièce anatomique a été montrée à la Société belge de Gynécologie en avril dernier.

SIXIÈME CAS. — *Grossesse tubaire gauche rompue. — Laparotomie. — Mort.* (Résumée.)

Z..., âgée de 45 ans, a eu deux enfants, le dernier, il y a douze ans, entre à l'hôpital le 5 février 1892, se plaint de douleurs dans le ventre.

Les règles ont toujours été régulières; sont restées parties depuis quatre mois, perd du sang depuis huit jours, mais peu abondamment. La malade est très difficile à examiner. Le ventre se ballonne au moment du palper, les muscles se contractent par une action réflexe formant une véritable tumeur. La malade est chloroformée; pendant la narcose, on constate la présence d'une grosse tumeur vers la ligne médiane. On la garde en observation et on soupçonne l'existence d'une grossesse extra-utérine rompue. Elle continue à se plaindre beaucoup du ventre; le pouls est petit, la face est pâle, la température vers 38°.

Le 20 février, en examinant le ventre par le palper et le toucher combiné, j'éprouve la sensation de la rupture d'une poche liquide; cependant, la malade ne ressent aucune douleur, et ne se plaint pas dans la journée qui suivit cet examen.

Le 22 on fait la laparotomie.

La grande cavité péritonéale est remplie de sang poisseux et de nombreux caillots. En arrière et un peu au-dessus du pelvis, on trouve une tumeur constituée par une poche de la grosseur d'une noix de coco, adhérente à l'intestin; la tumeur est constituée par la trompe. On la pédiculise facilement, on y place une triple ligature et on l'excise au fer rouge. Dans son intérieur se trouve un fœtus long de 8 centimètres et un placenta gros comme une pomme.

Les caillots nombreux et anciens disséminés dans la masse intestinale, avaient en certains endroits formé des centres, autour desquels les anses intestinales s'étaient agglomérées et s'étaient réunies par des adhérences de nouvelle formation. Ces centres seraient certainement devenus, dans un temps plus ou moins éloignés, des causes d'étranglement interne; il fallut donc les détruire, et cette besogne fut longue et difficile; à certains endroits, les adhérences étaient déjà telles que la tunique séreuse de l'intestin fut enlevé en les détachant, et laissa à nu à une surface saignante assez étendue.

Cette manipulation fut suivie d'un lavage à l'eau stérilisée et d'un drainage à la gaze iodoformée. La température, le lendemain 23 février, reste à 38°2; suintement très abondant par le drain : on fait le pansement et l'on remplace la gaze par un gros drain en caoutchouc, au moyen duquel on fait un lavage boriqué du péritoine. Le pouls est petit, rapide, à 125; l'état général est mauvais.

La malade meurt le 25; l'autopsie révèle l'existence d'une péritonite généralisée.

Cette péritonite résulte des manipulations que dut subir l'intestin pour détacher les adhérences. Du côté du pédicule, il n'y avait rien de particulier à nôter; les ligatures étaient restées en place.

Septième cas. — *Grossesse tubaire gauche rompue. — Laparotomie. Guérison.* (Résumée.)

D..., âgée de 30 ans, entre le 2 août 1892 à l'hôpital. A toujours été bien réglée. A souffert du côté de l'utérus il y a deux ans; elle a été curettée à l'hôpital Stuyvenberg : depuis elle a eu un enfant bien portant à terme, il y a dix mois.

Se plaint de douleurs dans le bas-ventre depuis huit jours; ces douleurs ont apparu subitement et sont très violentes, durent nuit et jour et l'empêchent de dormir. Elle perd un peu de sang noirâtre; les règles sont en retard d'une dizaine de jours.

L'utérus est légèrement augmenté de volume, il est rétroversé mais mobile; empâtement douloureux du côté des annexes gauches. Le cul-de-sac de Douglas est libre.

On sent dans le flanc gauche immédiatement en dehors de l'utérus et derrière la paroi abdominale une tumeur mollasse grosse comme une pomme, aplatie et un peu sensible à la pression.

En présence des souffrances qui vont en augmentant, malgré tous les moyens employés pour les calmer, on propose la laparotomie exploratrice qui fut pratiquée le 26 août 1892.

On avait posé l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine. Au moment de l'incision de la paroi, on rencontre une vascularité énorme et tout à fait insolite de la paroi abdominale antérieure. Après avoir fait une hémostase complète on fend le péritoine et on tombe sur une tumeur volumineuse constituée par des caillots sanguins anciens, reposant sur un fond saignant large comme une paume de main. Ce fond a tout à fait l'aspect d'un placenta sortant par la trompe gauche déchirée et adhérent au ligament large gauche, aux franges de l'S iliaque, au ligament rond et surtout à la vessie qu'on ne parvient à découvrir qu'en introduisant une sonde par l'urètre. Cette sonde soulève en masse la vessie, le péritoine et la masse fongueuse qui y adhère.

L'utérus est refoulé en arrière et à droite par cette tumeur et le Douglas renferme un peu de sang liquide. Après avoir nettoyé complètement la cavité abdominale et constaté l'impossibilité d'enlever cette masse fongueuse formée par la grossesse extra-utérine rompue et les tissus voisins, je drainai le Douglas et la surface saignante séparément avec de la gaze boriquée et refermai la paroi abdominale en laissant une ouverture pour faire des lavages. On continue depuis lors à faire des irrigations boriquées et aujourd'hui la malade va parfaitement bien; elle n'éprouve plus de douleur, la température et le pouls

sont normaux ; il y a encore un écoulement séro-purulent par le drain.

Dans peu de temps, elle sera tout à fait rétablie, et elle n'aura plus aucun danger à redouter de sa grossesse extra-utérine interrompue.

Cependant, je suis convaincu que, lorsqu'elle reprendra ses occupations, elle souffrira encore du côté des annexes gauches et je crois bien qu'elle devra plus tard revenir entre les mains d'un gynécologiste. Il n'y avait cependant pas moyen de la débarrasser de ses lésions par la voie abdominale; et par la voie vaginale, on aura couru de grands dangers d'hémorragies incoercibles, car on aurait fatalement traversé la zone d'insertion placentaire en essayant de séparer l'utérus de la vessie; et on aurait eu beaucoup de peine à faire l'hémostase; on aurait été aussi grandement exposé à ouvrir la vessie et à pincer l'uretère gauche, dont les rapports anatomiques étaient tout à fait modifiés par le processus pathologique.

C'est dire suffisamment que l'hystérectomie vaginale était absolument contre-indiquée. Nous avons donc, dans ce cas-ci, obtenu une guérison des accidents dus à la grossesse extra-utérine, mais nous n'avons pas lieu d'espérer une guérison radicale, puisque les organes n'ont pas été enlevés.

J'ai en traitement une femme qui a été opérée d'une grossesse extra-utérine par fixation de la poche à la paroi abdominale : elle est parfaitement guérie de son opération, mais elle est dans l'impossibilité de se livrer à tout travail, parce que les organes malades n'ont pas été enlevés; elle fréquente la policlinique depuis deux ans et n'y trouve aucune amélioration : il faudra qu'on lui fasse l'hystérectomie pour lui rendre la vie supportable.

Huitième cas.

D..., âgée de 28 ans, mariée, a eu un avortement il y a sept ans; un enfant, il y a six ans.

Depuis lors les règles ont été normales, mais a souvent souffert dans le ventre.

Entre le 20 novembre 1891 à l'hôpital Stuyvenberg.

Après un retard de règles de six semaines, a été prise de douleurs dans le ventre et d'une hémorragie abondante avec expulsion de caillots et de morceaux blanchâtres.

A son entrée, l'hémorragie est arrêtée; on constate l'existence d'une tumeur grosse comme une orange occupant le ligament large gauche : elle est rénitente, refoule l'utérus à droite: les culs-de-sac

antérieur et postérieur sont normaux. L'état général était bon, la malade n'éprouvait que peu de douleur; quand elle fut prise tout à coup de vives douleurs dans le ventre le 24 novembre. La température s'éleva rapidement à 39°5 en même temps que la tumeur augmentait beaucoup de volume.

Je diagnostiquai une grossesse extra-utérine rompue et pratiquai la laparotomie le 26 novembre.

Après ouverture du ventre, je tombai sur une tumeur volumineuse et fluctuante occupant le côté gauche du bassin et développée dans le ligament large.

Une fonction aspiratrice ramène du sang brunâtre. J'incise la poche au bistouri; il s'en écoule une quantité de caillots noirs; suture de la poche à la paroi et tamponnement iodoformé.

La température tombe à la normale le lendemain au soir. La poche suppura pendant plusieurs mois; il en sortit pendant les dix premiers jours des portions sphacélées volumineuses, puis la suppuration diminue facilement, mais il resta un trajet fistuleux dû aux fils de soie employé pour la fixation de la poche à la paroi; ce n'est que lorsque nous parvînmes à découvrir profondément le dernier fil et à l'enlever que la suppuration s'arrêta.

Dans l'intervalle la malade avait présenté des troubles psychiques quelques jours après l'opération. Des symptômes maniaques se montrèrent d'abord, pour faire place ensuite à des symptômes de mélancolie délirante.

Ces symptômes disparurent progressivement à partir du 18 décembre 1891, mais ils revinrent le 25 décembre pour ne plus quitter la patiente qui fut évacuée sur l'hospice des aliénées après guérison de son affection chirurgicale.

Je ne sais pas s'il y a une relation entre ces symptômes psychiques et son affection gynécologique mais, renseignements pris, j'ai su que deux de ses sœurs avaient été dans un asile d'aliénées, ainsi que sa mère.

Puisque je n'aie pas trouvé de fœtus au moment de l'opéraiion, ni de fragments placentaires bien évidents; je crois bien avoir eu affaire à une grossesse tubaire rompue dans le ligament large dont les deux lames étaient distendues et séparées par des caillots sanguins.

Si le fœtus avait continué à se développer on aurait eu une grossesse sous-péritonéo-pelvienne, dont j'ai eu l'occasion de suivre un cas chez une femme qui refuse toujours de se laisser opérer et qui porte, sans doute, encore maintenant, un fœtus en voie de dégénérescence, dont on reconnaît assez facilement les parties, surtout par l'examen vaginal.

Neuvième cas. — *Grossesse extra-utérine rompue. — Hématocèle. Guérison spontanée.*

L..., âgée de 30 ans, n'a jamais été malade et a eu trois enfants; le dernier, il y a huit ans et demi. Pas de fausse couche. Entre à l'hôpital en mai 1892.

N'a plus eu les règles depuis trois mois et demi, souffre depuis six semaines dans le bas-ventre; c'est pour ces douleurs qu'elle entre à l'hôpital.

Etant de quelques jours à l'hôpital, elle a ressenti, en faisant des efforts de défécation, une douleur assez vive dans le ventre et a dû regagner son lit; depuis lors, elle a perdu du sang en quantité modérée et les douleurs dans le bas ventre ont été en augmentant.

On constate, à la palpation, l'existence d'une tumeur presque fluctuante, partant du Douglas et s'étendant dans les flancs jusqu'à deux travers de doigts sous l'ombilic. On la différencie nettement de l'utérus, qui est refoulé en avant contre la paroi.

L'hystéromètre introduit confirme la situation et l'état de vacuité de l'utérus.

On pose le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue. Comme la température reste normale, que l'état général est bon, on garde la malade au repos absolu.

Au bout de trois semaines, elle exige sa sortie de l'hôpital. L'épanchement a diminué. Ayant revu la malade au commencement de septembre, j'ai constaté qu'elle était tout à fait guérie.

Conclusions. — J'ai rencontré en deux ans dix cas de grossesse extra-utérine bien certains, que j'ai traités personnellement; un onzième cas que j'ai vu en consultation avec mon collègue le Dr Schoonen, que j'aidai à pratiquer la laparotomie et qui amena un enfant vivant et à terme qui se trouvait au milieu des anses intestinales, non renfermé dans une poche. (Voir les *Annales de la Société de Gynécologie, année* 1891).

Ces onze cas se décomposent comme suit :

1. Grossesse abdominale secondaire à terme, enfant vivant; laparotomie; guérison.

2. Grossesse sous-péritonéale-pelvienne, datant de trois ans environ; expectation; la femme reste très bien portante.

3. Grossesse tubaire rompue dans le ligament large; laparotomie; fixation de la poche à la paroi; guérison.

4. Grossesse tubaire rompue; hématocèle intra-péritonéal considérable; expectation; guérison.

5. Grossesse tubaire rompue dans le ventre; péritonite; hystérectomie vaginale, un cas; guérison.

6. Grossesse tubaire rompue dans le ventre; péritonite; drainage par le Douglas; mort.

7. Grossesse tubaire rompue dans le ventre; suppuration, deux cas; hystérectomie vaginale; guérison; incision du Douglas; drainage; guérison.

8. Grossesse tubaire rompue dans le ventre, sans infection; laparotomie; extraction de la trompe, un cas; guérison.

9. Grossesse tubaire rompue dans le ventre; péritonite septique; laparotomie; extraction de la poche complète; mort.

10. Grossesse tubaire rompue dans le ventre; laparotomie; drainage; guérison.

J'ai donc rencontré à peu près toutes les variétés qui peuvent se présenter dans la pratique et je les ai traitées de différentes façons, suivant les circonstances.

Il est d'abord des cas assez nombreux qui doivent passer souvent inaperçus, ce sont ceux qui s'accompagnent d'une hémorragie modérée, intra ou sous-péritonéale, sans évacuation de produits septiques venant de la trompe malade antérieurement.

Dans ces cas, la température reste normale, et si les symptômes douloureux sont peu marqués, on peut attendre; la résorption se produit et tout rentre dans l'ordre. (Neuvième cas.)

Si l'hémorragie, produite au moment de la rupture, est tellement considérable que la vie soit en danger, il faut faire l'hystérectomie ou la laparotomie, selon que la tumeur se présente vers le Douglas ou vers la paroi abdominale. (Cas rapporté à la Société belge de Gynécologie; *Annales*, cinquième fascicule, août 1891.)

Si, lors de la rupture, il y a en même temps évacuation de produits septiques, il se produira une inflammation septique du péritoine ou du tissu cellulaire sous-péritonéal qui pourra aller jusqu'à suppuration, la température s'élèvera et en même temps surviendront tous les symptômes qui accompagnent généralement ce genre d'affection. Dans ces cas, il faut aussi opérer immédiatement et faire la laparotomie, l'hystérectomie, le drainage par le vagin ou la paroi abdominale, selon les circonstances. (Cas cinq, six, sept, neuf, dix.)

Si la grossesse extra-utérine rompue dans le ventre continue son évolution, il faut opérer vers le terme. (Voir le cas rapporté dans les *Annales de la Société belge de Gynécologie*, août 1891.)

Si on n'a l'occasion de le constater qu'après le terme, il faut encore opérer, car elle constitue un danger constant pour la malade.

Quant aux indications de l'hystérectomie ou de la laparotomie, elles sont les mêmes pour la grossesse extra-utérine que pour les suppurations pelviennes, tumeurs ou inflammations quelconques des annexes de l'utérus.

Il y a une contre-indication bien nette de la laparotomie, c'est la présence du placenta sur la paroi abdominale.

Alban Doran (Londres). — Observed that within the entire range of pathology there is no subject that is of more direct practical importance to the operator than a fair knowledge of extra-uterine gestation.

Pregnancy may occur in an imperfectly developed uterine cornu; this condition demands, as a rule, hysterectomy. There is seldom any true pedicle even when the cornu is cut off by an impervious band from the portion of the uterine cavity which communicates with the vagina, a variety of this malformation where the gestation is clinically, though not pathologically and anatomically extra-uterine.

The great majority of ectopic pregnancies are tubal. I am still inclined to believe that all are tubal. It is significant that most of the cases of alleged ovarian and abdominal pregnancies recorded in standard works are advanced. On the other hand who has not seen a specimen of early tubal gestation? Who could possibly mistake that condition? There is the tube, with its middle portion dilated, forming a sac which contains a fœtus. How is it that we seldom, if ever, see an ectopic gestation as evidently ovarian or as evidently abdominal at this early stage? As tubal pregnancies advance, the sac contracts adhesions, it also flattens the ovary against the uterus or pelvic wall, so that that organ is reduced to a mere thickening on the surface of the sac. This condition may occur rather early, at the second month a tubal sac may lie directly external to the uterus, the ovarian ligament running outward from the uterus on to the sac wall.

Hence this relation of the ovarian ligament to the sac is not, as has been suggested, a proof of primary ovarian gestation.

Again, not only is tubal abortion a recognized condition, but I have reason to believe that the ovum may be gradually extruded with its membranes, and contract adhesions with parts external to the tube during this process of extrusion, so that the embryo may live and grow for a short time. Such may certainly be the case when the gestation begins in the ostium or pavilion.

It seems to me that the few cases ot very early « ovarian » preg-

nancy recorded by distinguished writers and figured in their works, may be explained in this way. The tube would, in a short time, show no sign that it once bore an embryo. Lastly we must remember that primary tubal gestation may occur in a tubo-ovarian cyst, and that tubal pregnancies undoubtedly rupture downwards so as to shed the ovum between the layers of the broad ligament, as Mr Lawson Tait has so often demonstrated.

The evidence of late ectopic pregnancies as to primary origin is never reliable. Little trust can be placed on reports of doubtful cases where the sac was removed, the patient recovering. For no good anatomist can rely on what he sees during an abdominal section. He knows what he takes away, but cannot be sure of what he leaves, when an anomaly like advanced extra-uterine pregnancy exists. He may remove a sac bearing something like an ovary but the true ovary may be left behind.

What is the pathological proof of tubal gestation in its earliest stage, when the sac has ruptured, and the fœtus is lost? The presence of chorionic villi is the required proof. Hence we must be sure that we do not discover imaginary villi. We must therefore compare microscopic sections from these early sacs, where the fœtus is absent, with specimens from sacs where the fœtus is preserved, and also with normal chorionic villi. For this reason I keep a stock of specimens and on one occasion fuund them serviceable. I was enabled to distinguish extra-uterine pregnancy from ruptured haematosalpinx in a case where I successfully operated (*British Medical Journal*, vol. II, 1891).

The above evidence in favour of the tubal origin of ectopic gestation, and the ease with which we may distinguish chorion (a tissue which bleeds indefinitely when wounded) alike indicate that Dr Martin is right when he recommends early operation. For when the sac is clearly on the tube and close to the uterus, it ruptures early and bleeds profusely. When it lies far outwards it does not burst so early, but it contracts intimate adhesions and usually sinks into Douglas 's pouch, where it becomes very awkwardly placed for operative proceedings late in pregnancy. In respect to errors of diagnosis, ruptured haematosalpinx (the condition most readily mistaken for ectopic gestation) as urgently demands operation. Surgically speaking, the two conditions are almost identical. Later in the course of the case the dangers of operation are manifold, and the chances of erroneous diagnosis considerable.

E. Le Bec (Paris). — Messieurs, les rapports très intéressants que nous avons entendus touchent toute la question de la grossesse extra-utérine, et signalent surtout les points obscurs. Mon intention est de vous exposer seulement quelques difficultés que j'ai rencontrées, le hasard m'ayant mis à même de traiter plusieurs femmes atteintes de cette affection. Ces points sont relatifs au diagnostic et au traitement opératoire lorsque la grossesse est près du terme et l'enfant vivant.

Voici d'abord l'observation d'un cas difficile, qui a présenté ces difficultés.

Observation. — Grossesse tubaire gauche; menaces de rupture. Laparotomie au huitième mois.

Mme M..., 35 ans, a eu un enfant il y a quatorze ans. Il y a dix ans, hématocèle. Dernières règles le 20 septembre 1887. En octobre, vomissements et douleurs dans le ventre. Ecoulement rougeâtre par le vagin. Novembre, nouvelle perte; on diagnostique un petit fibrôme. Décembre, signes de péritonite; on pense à une hématocèle. Février 1888, je vois la malade. Ventre développé dans la région sous-ombilicale, comme celui d'une femme enceinte de cinq mois. Il n'est pas pointu en avant, mais dilaté transversalement. En palpant, on sent une masse dure plus développée à gauche qu'à droite, et montant à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic. La limite supérieure est constituée par une ligne très nette, au bord tranchant et abrupt. On voit nettement qu'elle n'est pas horizontale, mais forme comme deux cornes dans les fosses iliaques, avec une partie médiane moins haute.

La tumeur est inégalement résistante. A droite, on sent une partie dure, peu étendue et non fluctuante. A gauche, on perçoit une fluctuation manifeste.

A l'auscultation, on entend un bruit de souffle utéro-placentaire, extrêmement fort dans la partie gauche de la tumeur. Ce bruit, que rien ne modifie, va en diminuant à mesure que l'on s'approche de la ligne médiane et disparaît tout à fait à droite.

En aucun point il n'est possible d'entendre le double bruit caractéristique des battements du cœur fœtal.

Le reste du ventre est souple, facile à explorer et non douloureux.

Au toucher, le col est très élevé, collé contre la branche droite du pubis et fortement déjeté de ce côté. Il est entr'ouvert et mou.

Au spéculum, le vagin présente de gros plis, d'une teinte fortement colorée. Le col lui-même est violacé.

Une sonde de gomme introduite, pénètre facilement à 14 centimètres. On peut constater que l'utérus est en latéro-version droite. Le cul-de-sac postérieur est fortement repoussé en bas par la tumeur qui proémine dans le vagin. En ce point, on sent nettement de la fluctuation, mais pas de ballottement. Les seins sont gonflés et contiennent du lait; les veines de la peau sont dilatées.

La malade se plaint d'une constipation opiniâtre; elle n'a de selles qu'avec des purgatifs, car les lavements sont de plus en plus difficiles à administrer.

Le 25 février 1888, la malade souffre à droite du ventre. En ce point, on sent l'utérus qui paraît contracté et atteint de colique utérine. En même temps, la malade perd du sang en petite quantité, mais pas de caillots.

L'état reste le même jusqu'au 20 mars. A cette date, la tumeur a augmenté de volume et atteint l'ombilic. Les coliques utérines se montrent de temps en temps, avec expulsion d'un liquide rougeâtre. La malade s'affaiblissant, j'opère le 22 mars, à quatre heures du soir.

Laparotomie. Incision un peu à droite de la ligne médiane, dans la partie où l'on n'entend pas le bruit de souffle, espérant ainsi tomber sur une partie où ne se trouve pas le placenta, ce qui fut malheureusement loin d'avoir lieu.

Le ventre ouvert, je vois dans la partie inférieure la matrice large de 8 centimètres et montant jusqu'à trois travers de doigts au-dessus du pubis, et un peu déjetée à droite, mais moins que je le pensais. Latéralement se voient les ligaments larges; le gauche soulevé par le kyste fœtal.

En haut de l'incision se trouve une petite masse de caillots sanguins, libres dans le péritoine. C'est le résultat d'une rupture de la partie supérieure du kyste. En arrière de la matrice est le kyste fœtal, bleu-violacé, et complètement recouvert par le placenta.

A ce moment, mon embarras fut grand. Je comptais que le placenta ne se prolongeait pas à droite, et que je pouvais passer par là pour ouvrir le kyste sans provoquer d'hémorragie. Or, le placenta était partout. J'essayais de l'explorer en deux points, et le sang se mit à couler en abondance.

Je me décidai à traverser le placenta sur la partie latérale droite, enfonçant résolument la main à travers cet organe. Le placenta était très épais, et ce fut profondément qu'il fallut aller pour atteindre un pied du fœtus, lequel fut rapidement extrait.

Comme il n'y avait pas là de fibres musculaires pour se contracter sur le placenta, le sang coulait à flot. Immédiatement des éponges

furent plongées dans la cavité, les aides firent une compression énergique et le sang s'arrêta. Je ne fis pas la moindre tentative pour détacher le placenta. Plaie pansée à l'iodoforme et tenue ouverte. Compression à la ouate.

Quand la malade se réveilla, elle était d'une faiblesse extrême, le pouls introuvable; il était évident qu'elle ne survivrait pas au choc traumatique. La transfusion du sang fut faite, mais inutilement, et la malade mourut deux heures après l'opération.

Autopsie. — Les éponges furent retirées, elles ne contenaient pas de sang, l'hémorragie ne s'était pas renouvelée. La matrice était inclinée à droite, l'ovaire et la trompe droite étaient sains.

La trompe gauche présentait une rupture à 5 centimètres de l'utérus et se perdait dans les parois du kyste fœtal. Le kyste était séparé du péritoine par un diaphragme, formé par des fausses membranes. L'ovaire gauche ne put pas être retrouvé. Le placenta formait un véritable dôme vasculaire, que la main avait traversé; c'est ce qui explique la violence de l'hémorragie et l'absence totale de perception des bruits du cœur fœtal.

Cette observation concentre précisément quelques particularités intéressantes pour le diagnostic et le traitement.

Une chose était très remarquable, c'était l'impossibilité de trouver les battements du cœur d'un fœtus de huit mois. L'opération nous a permis de nous l'expliquer, car le placenta couvrait comme un dôme toute la partie où l'on pouvait ausculter.

Les coliques utérines étaient très nettes chez notre malade, et chaque fois elles s'accompagnaient de l'expulsion d'un mucus sanguinolent.

Ce qui nous a le plus occupé, c'est le souffle utéro-placentaire qui a soulevé des discussions. Dans notre cas, il était des plus nets, et nous pensons que l'on doit y attacher la plus grande importance. Telle n'est pas cependant la manière de penser d'Ernest Hartmann, qui dit que dans la grossesse extra-utérine ce souffle est si rare que sa présence suffit pour justifier le diagnostic de grossesse utérine normale (British, med. 1888, p. 1152). Il est évident que c'est là une grande exagération contre laquelle plaident des faits nombreux et bien observés.

Le point principal sur lequel doit se porter l'attention des cliniciens, c'est de savoir avec toute la précision possible l'endroit où s'insère le placenta. Or, pouvons-nous penser que nous possédons un moyen sûr d'en reconnaître la situation exacte?

Notre cas est une réponse négative; en effet, malgré l'auscultation la plus minutieuse et répétée, on n'a jamais pu entendre, *du côté droit*,

un bruit rappelant même de loin le bruit placentaire. Tout paraissait bien localisé à gauche et, pendant l'opération, nous avons trouvé le placenta développé également des deux côtés. C'est là ce qui nous a trompé, en nous faisant espérer que nous trouverions un chemin à côté du placenta, permettant d'atteindre facilement le fœtus.

Le cas que je rapporte vient encore appuyer ce que nous a dit le Dr Martin, c'est la nécessité de faire une opération radicale de bonne heure. Ma malade est venue me trouver au huitième mois, poussé par le désir d'obtenir un enfant vivant, j'ai attendu le plus tard possible, et l'opération a été faite dans de moins bonnes conditions. Toutefois, il me parut évident, étant donné la condition anatomique du placenta, que la perte de sang inévitable eut été tout aussi bien mortelle pour la mère en opérant dès que j'ai été consulté.

Murdoch Cameron (Glasgow). — I quite agree with Dr Martin that the ætiology of extra-uterine pregnancy still remains veiled in deepest obscurity, but still am of opinion that this abnormal complication results from uterine disease or from some previous attache of salpingitis. I am not yet convinced however that we may not have primary abdominal pregnancy although the general opinion is that it is only secondary! In all cases the diagnosis is one of probability and we must trust to careful investigation into all the early symptoms such as the cessation of the mensis, bloody discharge with membrane, pain and lateral swelling. If extra-uterine pregnancy is suspected I consider any delay dangerous and would advise early surgical treatment.

In a case that recently came under my own observation, I found that my patient aged only twenty-four, was fourteen months gone with an extra-uterine pregnancy. The abdomen had the appearance of a seven months pregnancy and the history was clearly that of extra-uterine pregnancy. I operated and found a large sac.

The sac containing the transverse colon was adhering closely with the sac containing the fœtus. Upon removing the fœtus the placenta was found attached to the posterior wall of the bladder. I dissected off the colon and removed as much of the sac as possible and having douched out the cavity closed the abdominal after dropping the remaining portion of the sac into the cavity. A drainage tube was kept in for a few days and the cavity washed out three times a week for two weeks. In four weeks the patient was able to sit up and is now quite recovered.

Dmitri de Ott (Saint-Pétersbourg). — Messieurs, au nombre des questions mises à l'ordre du jour par le programme de ce Congrès, la question de la grossesse extra-utérine attire tout spécialement l'attention de tous les gynécologues, car elle a pris dans ces derniers temps un développement considérable. Grâce aux travaux des savants de tous les pays, elle s'est enrichie de nombreuses méthodes pratiques qui nous permettent de sauver la vie à des malades qui, tout récemment encore, auraient été condamnées à une mort certaine.

Il est tout naturel que l'attention des médecins se soit tout d'abord portée sur les cas présentant les symptômes menaçants que l'on observe généralement pendant la période progressive de la grossesse, ainsi que dans sa période d'arrêt, suivie parfois d'hémorragies foudroyantes.

Je ne crois pas me tromper en recommandant, dans ces cas, la gastrotomie comme étant la mesure la plus rationnelle ; et ce, d'autant plus que la plupart des gynécologues considèrent aussi ces cas comme une indication absolue à l'intervention opératoire.

Mais nous ne sommes pas encore suffisamment fixés sur la manière d'agir dans les cas d'arrêt de l'évolution de la grossesse ectopique, où dès les premiers jours de cet arrêt et jusqu'à l'apparition de diverses tumeurs sanguines (hématome péri et hématocèle rétro-utérine) nous nous trouvons en présence de conditions variant à l'infini et se manifestant souvent par des maladies très diverses.

C'est précisément sur le mode de traitement de la grossesse ectopique, pour ainsi dire « chronique », traînant en longueur, que je me permets, Messieurs, d'attirer votre bienveillante attention.

Quand on se propose de déterminer une indication scientifique à une intervention thérapeutique quelconque, il faut, avant tout, préciser la nature de l'état morbide et élucider son côté anatomique. Sous ce rapport, dans la grossesse ectopique, malgré la diversité infinie des formes morbides, leur caractère essentiel présente toujours une analogie très marquée ; ce qui facilite considérablement l'appréciation de chaque cas et permet de fixer les bases du traitement.

Les modifications anatomiques dépendant, principalement, des modifications propres à la grossesse en général, tous les symptômes consécutifs à la grossesse ectopique peuvent être divisés :

1. En phénomènes provenant des modifications qui ont lieu dans la poche fœtale et dans son contenu.

2. En phénomènes dus à des modifications consécutives dans les autres parties de l'appareil sexuel et particulièrement dans l'utérus.

Si nous considérons ce que je viens d'exposer, on peut se demander si nous avons le droit de nous en tenir à la méthode expectative, la plus suivie jusqu'à présent? Est-il raisonnable d'attendre que les symptômes prennent un caractère menaçant et nous forcent à une intervention immédiate qui, certainement, dans ces conditions, est toujours liée à un pronostic fâcheux? Je n'hésite pas à le déclarer : en principe, cette manière d'agir n'est pas logique. Prenant pour base ce que je connais des cas traités par mes confrères ainsi que mon expérience personnelle (acquise, entre autres, par vingt cas de gastrotomie extra-utérine), je dois déclarer en toute conviction que se reposer généralement sur la maxime *vix medicatrix natura* serait se refuser sciemment à un acte logique et aux avantages que la science moderne a mis en notre pouvoir. Quant au principe qui doit nous guider dans ces cas, il est déterminé par l'énoncé même de la question. Le traitement doit toujours être dirigé de manière à répondre à l'indication de la cause première, c'est-à-dire à éloigner l'œuf mort. Quant à la prophylaxie, il nous faut abandonner l'emploi de mesures telles que : injections de morphine, application de l'électricité; car ces mesures ont seulement pour effet d'arrêter la grossesse extra-utérine, mais non d'éloigner tout le réceptacle de l'œuf. Ces moyens ne mènent pas toujours au but désiré, et même en cas de succès ils ne garantissent nullement la malade des accidents consécutifs.

Le seul moyen rationnel, c'est d'éloigner entièrement l'œuf et toutes les parties avoisinantes altérées. Ce mode d'action est tout indiqué chaque fois que nous sommes sûrs : dans la première période de la grossesse, que l'œuf mort n'a pas de tendance prononcée à se résorber, et, dans la seconde période, que la grossesse est arrivée au point où nous pouvons compter sur l'oblitération des vaisseaux sanguins du placenta.

Je ne saurais assez appuyer sur la gravité des indications pour la grossesse extra-utérine arrêtée dans les premiers mois de son évolution, alors qu'on se borne généralement à espérer une résorption spontanée de l'œuf, espoir qui est loin de se réaliser toujours. Dans ces cas, tout retard apporté à l'intervention opératoire ne peut que compromettre la vie de la malade.

Maintenant, que nous avons posé les bases de l'indication à l'intervention active, il nous reste encore à dire quelques mots sur le procédé opératoire qui nous paraît le plus rationnel.

Dans le terme rapproché de l'arrêt de la grossesse extra-utérine, la gastrotomie ne saurait être contestée en tant que meilleur procédé d'opération. Ce n'est que par la gastrotomie (surtout en plaçant la

malade sur un plan incliné) qu'on peut exactement apprécier *de visu* les modifications morbides et enlever les parties altérées.

Les avantages de la gastrotomie sont, à mon avis, si grands, que je pratique cette opération, même dans les cas invétérés, alors que la grossesse extra-utérine se présente sous forme d'une tumeur sanguine; et je ne fais la section du vagin que dans un nombre assez restreint de cas : quand la tumeur suppure ou lorsqu'elle a pris un caractère gangréneux. Il arrive souvent qu'on prend pour une hématome ou pour une hématocèle, la trompe fortement distendue par un épanchement de sang et adhérente au petit bassin. Il est clair que, dans ces cas, la gastrotomie peut seule permettre à l'opérateur un examen plus complet des organes altérés qui sont à éloigner.

Les adhérences que l'on observe sont ordinairement si peu solides et se détachent si facilement que la trompe fortement distendue est pour ainsi dire énucléée de la cavité de Douglas ; ce qui, parfois, facilite considérablement la gastrotomie. Il est évident qu'on peut ramener la mortalité au minimum, en opérant au début de la maladie, c'est-à-dire quand les conditions sont le plus favorables.

Je ne puis pas encore déterminer exactement la proportion qui existe entre les résultats favorables et les insuccès ; mais on peut affirmer hautement les avantages de l'intervention opératoire dès le début de la maladie ; et ce, d'autant plus que nous savons que les résultats obtenus actuellement par le traitement opératoire de l'hématocèle ne le cèdent en rien aux résultats que donne la méthode expectative.

Si nous nous rappelons encore les indications défavorables qui, dans la méthode expectative, nous forcent à l'incision des tumeurs sanguines, l'avantage de l'intervention opératoire, dès le début de la maladie, n'en devient que plus évident.

Si, en outre, on prend aussi en considération la durée moins longue de la maladie, le rétablissement plus complet qui suit la gastrotomie et, enfin, la possibilité d'écarter les éventualités dangereuses qui, quoique ne tuant pas immédiatement l'organisme, l'ébranlent néanmoins profondément, nous devons alors reconnaître que l'intervention opératoire dès le début même de la maladie est certainement la méthode la plus rationnelle.

C'est à vous, Messieurs, ainsi qu'à l'avenir, qu'il appartient de contrôler la justesse de ma manière d'envisager l'indication à l'intervention opératoire dans les troubles observés pendant les phases régressives de la grossesse extra-utérine.

Werth était dans le vrai quand il a comparé l'évolution de la grossesse extra-utérine à une tumeur maligne. Pour ma part, je me per-

mettrai d'ajouter que la guérison radicale, tant des suites d'une grossesse extra-utérine que d'une tumeur maligne, devient d'autant plus difficile que la maladie est plus invétérée.

On peut aussi parfaitement démontrer l'analogie de cette grossesse avec la grossesse normale : la grossesse tubaire, qui est le cas le plus fréquent de la grossesse extra-utérine, peut être considérée comme une grossesse qui ne diffère de la grossesse normale qu'en ce qu'elle se développe dans la partie périphérique du canal génital, et précisément dans la partie qui reste double après le développement embryonnaire.

Nous étudierons maintenant les symptômes des deux catégories que nous avons mentionnées ci-dessus. Nous excluons les cas où la grossesse s'arrête dans sa toute première période, alors que l'œuf, constitué plutôt de parties liquides que de parties solides, est résorbé dans un terme relativement court, sans conséquences morbides.

A. Les symptômes qui dépendent des modifications pathologiques consécutives à l'arrêt de la grossesse extra-utérine sont les suivants :

1. Les reprises d'hémorragies internes qui exposent la vie de la malade à un danger sérieux.

2. Les symptômes qui sont dus à la présence d'un corps étranger dans la cavité abdominale et se manifestant par des troubles dans les fonctions des organes voisins, par des douleurs et par des troubles généraux dans la nutrition. Parfois, la rétention de l'œuf a pour suite l'impossibilité de couches normales, ainsi que l'a décrit *Schaut* et ainsi que j'ai pu l'observer moi-même.

3. Les lésions inflammatoires de toute espèce dans le péritoine et dans le tissu cellulaire, provoquées par la présence d'un corps étranger. Dans ces cas, on observe assez fréquemment une péritonite mortelle.

4. Le passage de la tumeur à la suppuration ou à la gangrène, avec toutes les conséquences de cet état de choses : perforation de la tumeur, évacuation de son contenu dans les organes voisins ; évacuation qui peut déterminer la mort.

Les phénomènes que nous venons d'énumérer sont plus ou moins bien étudiés et leur valeur scientifique a été déterminée avec assez de précision.

Mais les phénomènes de la seconde catégorie le sont bien moins. Ce sont :

B. Les symptômes qui sont dus à des modifications consécutives dans les autres parties de l'appareil sexuel, et particulièrement dans l'utérus, qui subit, dans la grossesse tubaire, des modifications profondes.

Ces modifications, sur lesquelles je tiens surtout, Messieurs, à attirer votre attention, sont analogues à celles que l'on observe dans la grossesse intra-utérine.

Quoique la cavité utérine ne contienne pas d'œuf, sa muqueuse se transforme néanmoins en caduque, il y a hypertrophie et hyperplasie des éléments musculaires de la paroi utérine, le sang y afflue plus énergiquement.

L'arrêt du développement de la grossesse extra-utérine se manifeste également par des phénomènes analogues à ceux de l'avortement intra-utérin incomplet; tous les phénomènes d'évolution inverse s'arrêtent, l'utérus conserve longtemps un volume considérable; sous l'influence de la subinvolution, l'hyperhémie est maintenue, la caduque est éliminée, ou, ce qui est probablement plus fréquent, elle s'atrophie graduellement, sans se détacher.

Ainsi donc, le point important réside dans les symptômes dus à la rétention, dans l'appareil sexuel, de l'œuf avorté; dans ces cas, l'hémorragie, qui dure souvent des mois entiers, présente certainement le symptôme le plus caractéristique.

L'hémorragie, dans l'avortement tubaire, est surtout dangereuse lorsqu'elle est due non-seulement à des modifications dépendant de l'état de grossesse même, mais lorsqu'elle est en outre compliquée par un trouble de la circulation, trouble causé généralement par un déplacement fortement prononcé de l'utérus, qui est pour ainsi dire refoulé par le réceptacle de l'œuf, placé, le plus souvent, en arrière de l'utérus.

Aux époques de l'hyperhémie menstruelle, le tableau de la maladie s'accuse de plus en plus et la malade épuisée est sujette à une reprise d'hémorragie. (Ces hémorragies peuvent durer six mois et même plus.)

Le pronostic que l'on peut en tirer est d'autant plus grave que le traitement appliqué dans ces cas, y compris même le raclage, n'est que symptomatique et ne saurait satisfaire à l'indication de la cause première.

Ainsi donc, l'avortement extra-utérin ne présente pas beaucoup moins de danger, comparativement à l'avortement intra-utérin, que la grossesse extra-utérine n'en présente par rapport à la grossesse normale.

Prenant en considération tout ce qui vient d'être exposé sur les symptômes morbides, il est évident que l'arrêt de la grossesse extra-utérine ne saurait encore écarter le danger qui menace la vie de la malade.

Il est vrai qu'elle ne court plus le risque d'être emportée par une hémorragie interne foudroyante; mais, par contre, l'arrêt même de la grossesse peut provoquer les éventualités dont nous avons parlé précédemment, et chacun de ces accidents suffit, à lui seul, pour tuer la malade.

Pavlaki Fenerly bey (Constantinople). — Je demande à l'honorable assemblée la permission de l'entretenir de quelques cas de grossesses extra-utérines, dont quelques-uns offrent un certain intérêt.

Ces grossesses sont au nombre de cinq.

La première a été constatée chez une femme de 38 à 40 ans, multipare, qui, pendant sa grossesse, a éprouvé des symptômes tout à fait insolites. Le neuvième mois accompli, tout à coup des accidents formidables d'une grave pelvi-péritonite se déclarent, et mettent la malade en grand danger de mort. Pendant les premiers moments de la pelvi-péritonite, on a constaté les mouvements très violents du fœtus; puis, peu à peu, ces accidents disparaissent, la malade revient un peu, mais la santé ne se rétablit pas tout à fait. Elle traîne une vie misérable pendant trois ans, au bout desquels elle meurt, conservant une tumeur considérable sur le côté gauche de l'abdomen.

Le deuxième cas concerne une grossesse parvenue au sixième ou septième mois, c'est-à-dire qu'on avait constaté déjà depuis deux mois les bruits du cœur et les mouvements du fœtus. La femme, âgée de 30 à 32 ans, a eu déjà deux enfants. Puis, sans aucune cause appréciable, elle a été très malade avec tous les symptômes d'une pelvi-péritonite des plus intenses. Les mouvements du fœtus ont cessé; mais la tumeur persista plusieurs années, faisant souffrir la malade plusieurs fois par an, jusqu'au moment où je l'ai perdue de vue.

Les trois autres cas concernent des grossesses qu'on n'a pas pu diagnostiquer pendant leur cours et qu'on a prises pour d'autres maladies.

Ainsi le troisième cas a été observé sur une toute jeune femme, mère d'un seul enfant. Elle a eu ses règles supprimées pendant plusieurs semaines, lorsqu'elle a été prise d'accidents insolites : nous avons cru avoir affaire à une pelvi-péritonite très grave dont la cause principale nous était inconnue. Un mois après la disparition des accidents graves, un examen attentif nous fit constater une tumeur dans le cul-de-sac postérieur et gauche du vagin, tumeur douloureuse et qui tourmentait la malade. Nous avons pensé à une hématocèle péri-utérine, à une suppuration du petit bassin, etc. Or, en pratiquant une

incision dans la partie la plus saillante de la tumeur, celle qui offrait aussi le plus de fluctuation, on a vu sortir une notable quantité de sang, lie de vin et de caillots, au milieu desquels un fœtus comprimé de deux mois à peu près. La femme a été de nouveau très malade, mais elle a fini par se rétablir au bout de trois mois.

Le quatrième cas a donné naissance à différents diagnostics : un tel a cru à une hématocèle ; un autre à une suppuration ; un dernier à une salpingite. Personne n'a soupçonné une grossesse extra-utérine. L'opération est venue montrer que c'était une grossesse ectopique. Une incision, pratiquée dans la partie postérieure supérieure gauche du vagin derrière le col, a livré issue à un amas de sang en caillots durs et compacts ; au milieu d'un de ces caillots se trouve un fœtus de deux mois à peu près, aplati, ratatiné, momifié et comme incrusté dans le caillot dur. Les suites de cette opération, grâce aux moyens aseptiques, ont été très simples. La femme, au bout de vingt-cinq jours, était complètement rétablie. (J'ai l'honneur de vous montrer le fœtus momifié.)

Le cinquième cas ressemble au quatrième pour les symptômes, la marche et le diagnostic. Il en diffère sur ce point que la femme, âgée de 35 à 36 ans, a eu déjà quatre enfants et quelques fausses couches. Elle se croyait enceinte de trois mois, lorsqu'à la suite d'un accident elle a une forte métrorrhagie avec issue de gros caillots, puis des douleurs très fortes avec fièvre intense, anxiété, vomissements et tout le cortège d'une grave pelvi-péritonite. Tous ces accidents, que la femme aussi bien que les médecins attribuèrent à un avortement, s'amendèrent un peu, mais n'ont pas complètement disparu. Ainsi le malaise, les douleurs sourdes et quelquefois lancinantes du côté du petit bassin persistaient et faisaient croire à une suppuration du petit bassin, à une salpingite, à une hématocèle.

A l'examen par le vagin, on pouvait facilement constater que le cul-de-sac postérieur était tuméfié, proéminent et présentait une certaine fluctuation.

J'ai pratiqué sur ce point une incision de 3 centimètres : une grande quantité de sang noir, couleur café, s'en est écoulée au milieu duquel nous avons trouvé un fœtus de deux à trois mois. Les suites ont été très simples.

Je me borne ici à enregistrer les faits, tout en concluant que je suis de l'opinion de ceux qui croient qu'une des causes principales de l'hématocèle péri-utérine est le résultat de grossesses ectopiques.

En effet, une grossesse extra-utérine parvient rarement jusqu'à terme ; à cette époque, le diagnostic est relativement facile : on perçoit

les mouvements fœtaux, on entend les bruits du cœur. Mais les cas de ces grossesses avancées sont relativement rares. Ordinairement, elles ne vont pas au-delà de trois à quatre mois, et alors, si elles ne sont pas utéro-interstitielles, mais tubaires, ovariques, etc., le produit de la conception, à un certain moment, peut se détacher et tomber naturellement dans le cul-de-sac péritonéal; l'hémorragie qui suit cette chute produisant une hématocèle péri-utérine.

A mon humble opinion, je crois que c'est à cette hémorragie tubaire, soit idiopatique primitivement, soit qu'elle résulte de la présence dans cet organe du produit de la conception, qu'il convient d'attribuer la plupart des hématocèles péri-utérines.

Max von Strauch (Moscou). — Meine Herren! Ich glaube Ihnen ein Präparat von Extrauterin gravidität zeigen zu können, welches das sœben Vorgetragene nicht voll bestätigt.

Das Präparat stammt von einer Frau, die nach langjähriger, steriler Ehe discidirt wurde. Nach 2 Monaten trat auch wirklich Schwangerschaft ein. Am Ende des II Graviditätsmonates collabirte plötzlich die Frau und wurde ins Kaiserliche Findelhaus zu Moscou transferit. Nach weiteren 2 Monaten wurde unmittelbar unter den Bauchdecken ein Fœtus gefühlt und der Frau die Laparotomie vorgeschlagen. Sie ging darauf nicht ein und verlies die Anstalt.

Nach einem Jahr und 10 Monaten bat dieselbe Kranke operirt zu werden, weil sie fast täglich einige Stunden hindurch die unerträglichsten, wehenartigen Schmerzen in der rechten, unteren Bauchhälfte hatte und arg von Cardialgieen gequält wurde. Während dieser Schmerzanfälle konnte man deutlich ein Härter und Weicherwerden des faustgrossen Tumors neben dem Uterus rechts fühlen.

Die Laparotomie ergab mir im grossen Netz einen, in Lithopædionbildung begriffenen Fœtus, der durch seine Schwere stets am Magen zerrte und so die Cardialgie bedingte.

Ferner sehen Sie hier die rechte Tube, die die Placenta enthält und bei der sich das Ostium abdominale bereits zu öffnen beginnt. Wenn Sie die Dicke der Tubenwand betrachten, so beweist dieser Fall jedenfalls, dass mit den Tode des fœtus keineswegs stets eine regressive Metamorphose, eine Schrumpfung des Fruchthalters, wie Herr Prof. Sänger sœben behauptet hat, eintreten *muss*. Es sind nach dem Tode des fœtus fast 2 Jahre vergangen und die Tubenwand ist noch sehr hypertrophisch.

Ebenso glaube Ich auch nicht bedingungslos den Ausspruch des

Herrn Dr A. Martin annehmen zu müssen : dass die schwangere Tube, ihrer musculösen Elemente eben durch die Schwangerschaft mehr weniger beraubt wird, und somit sich der Schwangerschaftsproducte weniger durch eigene Kontractionen, als mehr durch, durch Nachblutungen, Wachsthumsvorgänge des Eies etc., bewirkten vermehrten Inhalts druck, entledigt.

R. Pichevin (Paris). — Depuis les remarquables travaux publiés par Lawson Tait et Veit sur la grossesse tubaire, mon attention a été vivement attirée sur cette affection que je croyais exceptionnelle et qui est, en réalité, relativement fréquente. C'est ainsi que dans dix-huit mois j'ai vu au moins huit grossesses tubaires. Dans ce chiffre, je ne compte pas deux malades qui ont été soumises à mon examen et qui n'ont pas voulu subir l'intervention chirurgicale.

Les huit cas que je rapporte ont été opérés. Je relève deux morts. Un décès est dû à une hémorragie : la malade avait été soumise à l'hystérectomie vaginale. La mort doit être attribuée dans l'autre cas à une péritonite. Au cours de la laparotomie, M. le professeur Le Dentu qui opérait sentit une odeur suspecte : il est probable que la décortication de la poche salpingienne avait amené l'ouverture de l'intestin.

Sur ces huit cas, j'ai pu établir le diagnostic six fois. Une fois je suis passé à côté de la vérité. J'avais trouvé une grosse poche salpingienne qui comprimait le rectum. Je n'avais pas pensé à la grossesse extra-utérine. Cette erreur de diagnostic fut fatale à la malade. Un de mes jeunes maîtres fit l'hystérectomie; c'est la malade qui a succombé à une hémorragie.

Dans l'autre cas que je n'ai pas diagnostiqué, il s'agissait d'une femme atteinte d'un pyo-salpinx adhérent avec de grosses lésions péri-utérines. Dans la trompe du côté opposé, j'ai trouvé un œuf.

Si j'ai été assez heureux, c'est que j'ai cherché presque systématiquement la grossesse extra-utérine. (1)

L'observation que je résume prouve combien ce diagnostic est parfois sujet à caution.

Une femme de 40 ans, bien réglée ordinairement, avait présenté, douze ans et demi auparavant, une perte de sang qui avait duré un

(1) Tout dernièrement encore j'ai pu affirmer l'existence d'une grossesse tubaire. La laparotomie a permis de confirmer l'exactitude de ce diagnostic (fév. 93).

mois. Depuis lors, la menstruation était régulière d'ordinaire, pas douloureuse.

Le 24 août 1891, les règles arrivent avec quatre jours d'avance. L'époque cataméniale suivante commence le 6 octobre. Il y avait donc un retard de douze jours. Les règles se prolongent pendant six semaines. Le sang s'arrête pendant quinze jours dans le courant du mois de décembre. C'est à ce moment que la malade est prise subitement de très vives douleurs dans le bas-ventre.

Elle n'a cependant ni syncope, ni vomissement. En même temps apparaît une perte de sang continue mais peu abondante, qui dure jusqu'au 23 janvier 1892.

La malade perdait des caillots. J'examine cette femme trois jours après l'arrêt de l'hémorragie utérine. Les seins sont pigmentés, les aréoles larges. Pas de tubercules marqués. Ligne brune assez nette. Le col un peu mou et entr'ouvert. Le vagin un peu mollasse. Latéro-déviation droite.

Le fond de l'utérus dépasse de trois travers de doigts la symphyse. Sur la face antérieure de la matrice, vers le fond, se trouve une inégalité, une saillie transversale qui, à mon sens, est un petit corps fibreux. A gauche, existe une tumeur faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur, embrassant le col comme un demi-croissant; cette tumeur remonte à quatre travers de doigts au-dessus de la symphyse et est indépendante de la matrice. Il y a de la résistance.

En pratiquant le toucher vaginal combiné au palper, on a la sensation d'un corps qui n'est ni dur ni fluctuant. On dirait d'une poche pleine de caillots. La laparotomie fit reconnaître l'existence d'un petit corps fibreux non énucléable sur la paroi antérieure de l'utérus, non loin de l'origine de la trompe. Il y avait à gauche une grosse tumeur tubo-ovarique qui contenait un liquide citrin et très fluide. Ce kyste doit être rangé dans la catégorie décrite par Burnier d'après les préparations de Schrœder. On constatait en outre un kyste péri-ovarique (Orthmann in Martin) qui enveloppait la moitié inférieure de la poche tubo-ovarienne.

Il existait donc deux couches liquides séparées par une cloison ovarienne; c'est ce qui explique cette sensation spéciale de rénitence perçue lors de l'examen.

Sur quoi avais-je basé mon diagnostic de grossesse tubaire? Cette femme avait eu un retard de douze jours environ, puis une perte. Elle avait éprouvé subitement une douleur vive dans le bas-ventre, suivie d'une hémorragie utérine prolongée et peu abondante.

Ces symptômes ont toujours eu pour moi une grande importance

et c'est en me basant en partie sur eux que j'ai pu déceler plusieurs grossesses tubaires.

J'ajoute que l'existence d'une poche salpingienne en dehors des causes habituelles de la salpingite devait me frapper d'autant plus que les annexes du côté opposé étaient saines. La consistance de la tumeur rappelait celle d'une poche pleine de caillots sauguins. Enfin, la coloration des seins, la ligne brune, la mollesse du col et du vagin, l'augmentation de volume de l'utérus devaient naturellement me faire penser à une grossesse. Je dois dire que la constatation du petit fibrôme sur la face antérieure de l'utérus m'avait fait soupçonner la présence d'un autre petit corps fibreux rétrécissant le trajet du canal tubaire gauche. J'avais eu l'occasion de voir, il y a quelques années, la coïncidence d'une grossesse tubaire et d'une tumeur fibreuse.

Ces raisons que je trouve relatées dans l'observation de ma malade m'avaient déterminé à poser le diagnostic ferme de grossesse tubaire.

Je crois que, dans un cas semblable, l'erreur ne saurait guère être évitée. Il est vrai de dire que les faits de ce genre doivent être absolument exceptionnels et qu'en serrant de près les symptômes et en relevant soigneusement les signes fournis par l'examen bimanuel, on parviendra le plus souvent à reconnaître la grossesse extra-utérine.

G. **Rein** (Kieff). — Messieurs, j'aurais voulu faire quelques remarques sur la deuxième conclusion du rapport de M. le Dr Martin. La grossesse abdominale primaire est bien rare, c'est vrai, mais *je suis persuadé qu'elle existe.* Moi-même, j'ai observé deux cas de ce genre dans ma pratique personnelle. Voici ces deux observations :

Première observation (1). — Une juive de 21 ans, mariée, bien portante, nullipare. Rien d'extraordinaire jusqu'au huitième mois de la première grossesse. A cette époque, rupture du sac après une chute. Péritonite pendant deux semaines. Puis, mort de l'enfant au terme de la grossesse et dégénération régressive commençante du fœtus et du placenta.

Pendant la laparotomie, faite par moi, le 29 août 1889, au cours du neuvième mois de la grossesse, le fœtus a été trouvé libre dans la cavité péritonéale, enveloppé seulement de membranes, adhérées au fœtus même et aux différents organes de la cavité péritonéale. Le

(1) Publiée par moi dans les comptes-rendus des séances de la Société de gynécologie et d'obstétrique à Kieff, t. III, l. 6, p. 59, Kieff, 1890.

placenta était adhéré sur le fond de la matrice. Les deux tubes, les deux ovaires et les ligaments étaient trouvés sans altérations visibles, ainsi que la matrice. Le dessin ci-joint, fait par un de mes aides immédiatement après l'opération, exclut la grossesse tubaire en même temps que la grossesse interstitielle — par conséquent, nous avons ici la grossesse abdominale primaire. Le fœtus était extirpé avec le placenta et, dans la surface de détachement du placenta de la matrice, j'ai trouvé deux grands vaisseaux qui étaient isolés et liés. La malade est guérie et six mois plus tard elle était enceinte de nouveau et a fait une couche normale.

Deuxième observation (1). — Une paysanne de 32 ans; une couche difficile à 24 ans, qui était suivie par une fièvre puerpérale assez grave. La seconde fois, elle devint grosse, sept ans avant son entrée à la clinique. Elle a eu un collapsus au neuvième mois de la grossesse; puis une maladie grave, jusqu'à la fin normale de la grossesse et enfin une ménorrhagie, qui dura cinq mois après le terme de la grossesse.

La laparotomie a été faite le 23 février 1891, sept ans et six semaines après le commencement de la grossesse. On trouva, pendant l'opération, les mêmes relations du fœtus aux organes génitaux et à la cavité péritonéale que chez la malade de l'observation première. Comme j'avais diagnostiqué avec une très grande probabilité la grossesse abdominale, j'ai engagé un de mes aides, M. le Dr Schuwarsky, de faire le dessin pendant l'opération même. Ainsi qu'on le voit sur ce dessin, la matrice, les deux ovaires et les deux trompes sont tout à fait normales. J'ai extrait de la cavité abdominale les annexes des deux côtés en même temps et en comprenant tout l'intérêt scientifique de cette observation, je les ai tenu pendant quelques minutes hors de la cavité abdominale pour donner le temps à tous les assistants et à tous les étudiants (plus de vingt personnes) de les bien voir et au dessinateur de les dessiner le plus exactement possible.

Le fœtus était trouvé libre dans la cavité péritonéale, enveloppé seulement de membranes adhérées. Le placenta était inséré sur le fond de la matrice. J'en ai fait une sorte de pédicule de la partie inférieure du placenta que j'ai lié, comme on le voit sur le dessin, tout près de la matrice. La malade est guérie sans complications et, comme me l'a écrit son mari, elle est devenue enceinte de nouveau et elle est morte subitement au septième mois de la grossesse suivante, quelques jours avant d'entrer à la clinique.

(1) L. c., t. V, l. 9, p. 14.

Ces deux observations prouvent, comme il me semble, sans aucun doute, l'existence de la gravidité abdominale primaire. Il est vrai, que les résultats de l'autopsie manquent dans ces deux cas, heureusement pour les malades, mais l'observation clinique était faite dans des conditions si favorables et d'une manière si exacte, que je ne trouve pas pourquoi il faudrait les regarder comme moins prouvables que les données de l'autopsie. Les procès-verbaux de l'opération ont été dictés par moi, minute par minute, pendant l'opération même et les pièces anatomiques se trouvent dans la collection de la clinique de Kieff. L'examen microscopique, fait par le Dr Kraskowsky, a donné des résultats très intéressants, qui seront publiés par l'auteur lui-même. Jusqu'ici les données de l'examen microscopique confirment complètement le diagnostic clinique de la grossesse abdominale.

Quant à la thérapie de la grossesse extra-utérine, l'auteur du rapport considère cette maladie comme néoplasme dangereux. Ce point de vue correspond plus à l'état moderne de cette question, que la comparaison, faite par M. Werth et acceptée par plusieurs auteurs — avec les néoplasmes malins.

Néanmoins, je proteste contre ces deux comparaisons.

Nous avons les faits, jusqu'à présent, peu nombreux, c'est vrai; mais qui prouvent que, dans certains cas, nous avons toute la possibilité de conserver la vie de l'enfant en même temps que celle de la mère. J'ai eu le bonheur d'obtenir un pareil succès dans ma pratique chirurgicale, et voici une observation là-dessus.

Observation (1). — Une femme de 35 ans; quatre couches avec ses périodes puerpérales ont été normales. Au second mois de la cinquième grossesse, symptômes de perte de sang intérieure, suivis de collapsus. La femme était malade pendant six semaines. Après, la grossesse continua sans complications graves. A la trente-septième semaine de la grossesse, la malade entra à la clinique de Kieff avec les symptômes de la grossesse tubaire intra-ligamentaire, l'enfant vivant. Elle a été opérée par moi, le 4 février 1890, par méthode aseptique. L'enfant pesait 3,200 grammes; il était tout à fait bien conformé et l'état de nutrition était brillant. L'œuf entier, avec le placenta, était énucléé d'après la même méthode qu'un kyste intra-ligamentaire. La malade est guérie et vit encore avec son enfant. Voici la copie d'une photographie de l'enfant (un peu rachitique) à la fin de sa première année.

Ce fait, ainsi que toute une série d'autres, connus dans la littérature

(1) Ibid., t. IV, l. 7, p. 10, 1891.

obstétricale, *prouve que le principe conservatif*, qui domine dans toute la médecine moderne, *peut être appliqué*, dans certains cas, *à la thérapie de la grossesse extra-utérine.* Les indications pour la méthode conservatrice ne sont pas encore bien déterminées, mais, aujourd'hui déjà, je crois que nous n'avons pas le droit moral de tuer l'enfant dans tous les cas de la grossesse extra-utérine, en la regardant comme une tumeur dangereuse. Si la grossesse a déjà dépassé la moitié et si nous avons devant nous les signes de vie de l'enfant, la méthode conservatrice est absolument indiquée. Si nous mettons notre malade dans des conditions les plus favorables pour la laparotomie immédiate, si elle était nécessaire, nous pouvons attendre jusqu'à l'époque à laquelle l'enfant a des chances pour vivre hors de l'organisme de la mère, c'est-à-dire jusqu'au neuvième mois de la grossesse. Autrement dit, nous pouvons substituer une opération qu'on peut comparer avec l'avortement artificiel par une opération plus idéale, qui est analogue à l'accouchement artificiel prématuré provoqué.

Quant à la technique opératoire, je peux dire qu'elle n'est pas plus difficile que les ovariotomies ou myômotomies compliquées. Grâce à la méthode aseptique et à nos connaissances modernes dans la chirurgie abdominale, nous aurons le bonheur d'obtenir le succès plus souvent que jadis.

Saenger (Leipzig). — Unter den Darlegungen des Herrn *Martin* ist mir besonders die eine aufgefallen, wonach die Musculatur der Tube im Verlaufe der Tubenschwangerschaft eine *Atrophie* eingehe. Demnach wäre vorgeschrittene reine Tubar-Schwangerschaft ein Ding der Unmöglichkeit. Und doch habe ich selbst vor einiger Zeit eine bis zur 34. Woche gediehene Graviditas tubaria ampullaris gesehen, wobei die Wandstärke des tubaren Fruchthalters stellenweise über 1,5 mm. betrug, somit eine auch in Anbetracht der bedeutenden Grösse des letzteren mächtige *Hypertrophie* bez. *Hyperplasie* darbot. Diese ist nur keine gleichmässige und hält mit dem Wachsthum der Eies nicht immer Schritt. Die Berstung der Tube ist dann meist die Folge eines rein *passiven* Verhaltens der immer nur partiell überdehnten und partiell verdünnten Tubenwand gegenüber dem wachsenden *lebenden* Ei, dessen Zotten, gleich denen einer Blasenmole oder eines destruirenden Placentarpolypen bis in die Muscularis vordringen können. Das lebende Ei eröffnet die Tubenwand am haüfigsten durch *Usur*. Die Berstung kann aber auch *activ* durch Contraction der Muskelfasern mitbedingt werden,

wodurch die dünnsten, der Usur am meisten ausgesetzten Stellen einreissen. Man darf als gewiss annehmen, dass so lange das Ei lebt und weiterwächst, auch die Hyperplasie der Tubenmusculatur nicht rastet.

Sowie aber das Ei *abgestorben* ist, stellt nicht nur die Hyperplasie still, sondern es setzt sofort ein der physiologischen Rückbildung des puerperalen Uterus analoger Vorgang ein, wodurch die hyperplastischen Muskelfasern zu ihrer früheren Grösse reduccirt werden.

Wie ich an einem Falle von Retentio *ovi mortui* in dem rudimentären Nebenhorn einer Uterus bicornis zeigen konnte, macht die Musculatur der Fruchthalters alle Stadien der puerperalen Involution durch, ohne entleert worden zu sein. Die gleichen Vorgänge finden auch an den Tuben statt.

Also auch hier hat man es nicht mit Atrophie der Musculatur zu thun. Ja, wie die Lösungsvorgänge des Eies bei *tubarem Abortus* beweisen, ist die Tubenmusculatur auch nach dem Absterben des Eies noch zu contractorischen Kraftleistungen befähigt.

Wie könnte man äberhaupt von einem tubaren Abortus sprechen ohne diese active Contractionsthätigseit der Tubenmusculatur? Was sonst sollte das Tubenei lösen, verschieben, ausstossen können? In Fortführung des geistreichen Vergleiches von *Werth* wird man auch einen « *Abortus tubarius incompletus* » (wenn das theilweise oder ganz gelöste Ei nicht in die Banchhöhle ausgestossen wird), sogar eine « *Tubenmole* » (wenn das abgestorbene Ei nicht gelöst wird, sondern haften bleibt und regressive Veränderungen durchmacht) unterscheiden müssen.

Nicht die Ruptura tubae in die freie Bauchhöhle, sondern die intraligamentäre Entwicklung oder Berstung, sowie gerade der Abortus tubarius incompletus ist der haüfigste Ausgang von frühzeitig endender Tubarschwangerschaft. Die grosse Mehrzahl der unoperirt in Heilung übergehenden Fälle gehört zu diesen beiden Categorieen. Unter 15 Fällen von frühzeitiger Tubenschwangerschaft, wobei ich die Cœliotomie ausführte, befanden sich nur 2 mit Berstung in die freie Bauchhöhle.

Die meisten Fälle von Tubenschwangerschaft kommen erst in ärztliche Behandlung, wenn deren Unterbrechung eingesetzt hat. Dann aber kann ich die *Diagnose* doch nicht für so schwierig erachten. Seit sich die erstaunliche Haüfigkeit der ectopischen Schwangerschaft herausgestellt hat, wurden unsere anatomischen und klinischen Kenntnisse über dieselbe, gefördert durch ausgezeichnete Arbeiten und die Ergebnisse zahlreicher Cœliotomieen, so wesentlich erwei-

tert, dass auch ihre Diagnose leichter und sicherer geworden ist.

Nach einmaliger Untersuchung und bevor Erscheinungen von tubarem Abort oder extraperitonealer Berstung eingestreten sind, wird die Diagnose allerdings ebenso schwierig sein als sie selten gestellt werden kann.

Ich möchte daher besonders auf zwei *Symptomenreihen* hinweisen, von denen die eine mir vorzugsweise für tubaren Abortus, die andere für intraligamentäre Berstung characteristisch zu sein scheint. In ersterem Falle ist es bald langsamer, bald rasch zunehmende Anämie bei Bestand einer weichen, sich schnell vergrössernden Adnexgeschwulst, die sich nach dem Douglas zu in teigige diffuse Umrisse verliert.

Diese Zeichen entsprechen klinisch der Lösung des Tubeneies, der Anfüllung der Eihöhle mit Blut, dem freien Bluterguss um das Ei herum (perioväre Hämatosalpinx), der langsam erfolgenden aber oft beträchtlichen Blutung in die freie Bauchhöhle und in den Douglasschen Raum.

Die zweiterwähnte Symptomenreihe ist ausgezeichnet durch oft wochenlang anhaltenden mässigen Abgang von dunklem flüssigem Blut ohne Abgang einer Decidua bei Bestand eines Hämatoma parauterinum. Auch bei Abortus tubarius kann diese Blutung vorkommen, doch nicht so gewöhnlich. Beiden Symptomenreihen gemeinsam sind Fieberlosigkeit sowie unbestimmte Schwangerschaftsanamnese und unbestimmte Schwangerschaftszeichen.

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass bei jener anhaltenden Blutung das Blut sogar aus der Tube stamme, dass es sich nicht Metrorrhagie, sondern um *Salpingorrhagie* handle.

Auch eine *therapeutische* Bemerkung zu machen, möge mir hier verstattet sein. Es betrifft das operative Vorgehen bei Fällen von tubo-abdominaler, sowie intraligamentärer Schwangerschaft der ersten Monate.

J. Veit, *Schauta*, *Olshausen*, *Sippel* empfehlen hier die präliminare Unterbindung der Vasa spermatica, sowie der Vasa uterina längs der Seitenkante des Uterus, um daran die Ausschälung des Eies zu schliessen. Auf Grund einer sehr ängstlichen Falles von Graviditas tubo-abdominalis, welcher glücklich ablief, möchte ich rathen zunächst das Ei rasch auszuschälen ungeachtet der augenblicklich starken Blutung und dann erst durch bereitgehaltene lange Klemmpincetten das Gebiet der Vasa spermatica und uterina abzuklemmen : hat man nämlich das ovum entfernt, so fallen Tube und Ligament. latum zusammen, man kann die blutstillende Abklemmung besser und

sicherer vornehmen als wo die betreffenden Theile noch durch das Ei aufgebläht sind.

Abgesehen von kleinen Meinungsverschiedenheiten, deren einzelnen ich hier Ausdruck gab, stimme ich den ausgezeichneten Darlegungen des Herrn *Martin* sachlich vollinhaltlich bei.

Herr *Doran* leugnet das Vorkommen der Graviditas ovarica. Das von ihm gezeichnete Bild der *scheinbaren Ovarial-schwangerschaft* als einer Graviditas ampullaris odes tubo-abdominalis mit Abplattung und Schwund des Ovarium ist gewiss für viele Fälle vollkommen zutreffend. Nichts destoweniger scheint mir, und auf Grund eines eigenen genau untersuchten Falles, die primäre Ovarial-schwangerschaft unanfechtbar sicher gestellt.

Sehr bemerkenswerth sind die beiden Fälle von *Rein*, in welchen wir also die langersehnten Specimina von primärer Graviditas abdominalis zu begrüssen haben werden. Ich zweifle nicht im Geringsten an der vollen Richtigkeit seiner Befunde, möchte aber doch die Frage stellen, ob nicht doch die Möglichkeit bestehe, dass es sich ursprünglich um Graviditas ampullaris oder auch nur fimbrialis gehandelt habe.

Zum Schluss wollte ich noch auf eine Beziehung hinweisen, welche unser Thema mit der « Hystérectomie par morcellement » verknüpft. *Rochet* hat in einem Falle von Tubenschwangerschaft, aus der Noth eine Tugend machend, die genannte Operation ausgeführt und sie dann im Princip anstatt der Cœliotomie (oder auch Elytrotomie) empfohlen. Ich glaube constatiren zu können, dass dieser Vorschlag, dessen Bedenken und Gefahren ich nicht weiter ausführen will, auch nicht einmal von Seiten der erklärtesten Anhänger der Zerstückelungs-Hysterectomie volle Zustimmung gefunden habe.

Paul Petit (Paris). — Les intéressantes révélations de Veit sur la grande fréquence de l'avortement tubaire et son identification avec l'hémato-salpinx, basées sur des examens histologiques minutieux, ont été suivies, depuis, d'un bon nombre de travaux concluant dans le même sens, et notamment d'une série d'études très complètes de M. Pilliet (*Bulletin de la Soc. anatom. de Paris*, 1802). M. Pilliet s'est particulièrement attaché à démontrer que, même en l'absence de fœtus, même après l'atrophie et la dénaturation des villosités placentaires, le diagnostic anatomique rétrospectif pouvait encore se baser sur la délimitation très nette et la forme de la poche, le volume et la consistance du segment tubaire qui la rattache à l'utérus, les modifi-

cations brusques du revêtement muqueux, appréciables à l'œil nu aux limites du kyste, l'extrême vascularité de celui-ci, l'existence de cellules déciduales à sa surface interne et le long de ses vaisseaux.

Frappé de l'importance des travaux de Veit, je n'ai jamais manqué, depuis que j'en ai pris connaissance, d'étudier avec soin la poche des hémato-salpinx de petit volume que j'ai pu rencontrer : dans une demi-douzaine de faits environ, dont on trouvera en partie la trace dans les bulletins de la Société anatomique ou de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, j'ai toujours constaté la présence de villosités plus ou moins atrophiées et d'un lit caractéristique de cellules déciduales.

Il y a plus : non-seulement la grossesse tubaire engendre la grande généralité sinon la totalité des hémato-salpinx, mais il me paraît probable que cette affection, dont la propre étiologie, d'après M. Martin, serait encore si obscure, joue un rôle primordial dans la genèse d'inflammations ovaro-tubaires qui, à première vue, semble se rapporter à toute autre cause.

Ainsi, entre autres faits, dans un cas de grossesse extra-utérine de quelques semaines, que j'ai récemment opéré, huit mois à peine après les accidents cataclismiques, et qui avait présenté au grand complet, le syndrôme caractéristique, je n'ai trouvé à l'ouverture du ventre qu'une double tumeur ovaro-salpingitique, ne différant en rien, à première vue, des lésions de ce genre directement attribuables à l'infection. Les trompes étaient augmentées de volume, épaissies, adhérentes au petit bassin et à l'ovaire : l'une d'elles était oblitérée et dilatée au niveau de son pavillon, mais il s'agissait là d'une dilatation flasque, contenant une petite quantité de liquide tout à fait fluide, couleur marc de café, et non pas de cette poche ovoïde, bien différentiée, moulée sur un caillot dans lequel se perdent l'amnios et les villosités, et qui est le propre de l'avortement tubaire. Quant à la muqueuse elle était uniformément épaissie et ramollie.

Il y avait donc eu, dans un temps relativement court, résorption des parties constitutives de l'œuf et il ne persistait plus, en apparence, du moins, que les éléments communs à l'inflammation chronique d'après lesquels il était impossible d'établir le diagnostic.

Geo.-J. Engelmann (Saint-Louis, Amérique). — I wish to be distincly understood as not entering upon a discussion of Dr Martin's exhaustive paper, but as desiring to bring before this international forum a unique specimen of tubal pregnancy which is instructive in

reference to the etiology and diagnosis of this condition : a specimen interesting likewise by reason of its clinical history, which is corroborated by close personal observation of the patient for many years previous, so that no doubt can exist as to the facts determined by the peculiar conditions here demonstrated.

It is the photograph only which can be produced here, but this well represents the salient features, the corpus luteum withe the indurated and occluded tube on the left, the ovisack on the right, uterus and appendages complete, as they appeared when removed during the post-mortem examination, a few hours after death.

The specimen itself is preserved, open to all for examination, and the history of the patient, who had been under constant observation for the last five years, is so complete, that the facts revealed and the deductions drawn therefrom are proven conclusively, with the precision of a chemical experiment and can be readily verified.

The *clinical history* may be given in brief : the patient, referred to me by her physician from a neighboring state, was brought on a stretcher into the gynecological department of the St. Louis Polyclinic five years ago ; she had been bed-ridden for six months, as a sequence to violent pelvic inflammation, was in a depleted state, exceedingly nervous, suffering from endometritis and perimetritis, with marked salpingitis and ovaritis : under the treatment inaugurated relief from excessive suffering was soon obtained, but convalescence was slow ; improvement of the complicated pelvic state as well as her general condition, though barely perceptible from month to month, progressed steadily : by persistent clinical attendance and strict obedience to all directions given, for two full years, patient was finally enabled to undertake light work for self support. Even after this she continued under constant observation; although her visits to the clinic became less frequent she promptly returned for treatment whenever cold or over exertion might have caused a temporary aggravation ; and by this persistent care, so unusual in an outdoor patient, health was gradually restored; she became robust and strong so that she felt equal to undertaking the duties of a sick nurse and served well and faithfully in this capacity in the Hospital and in private families as well; pelvic irritation had disappeared and, although indurations remained and adhesions could be traced, no inflammatory symptoms recurred since the first violent attack which placed her in the precariores state in which she came to me, and such weakness as remained was due entirely to the existing abnormities produced by the one attack, years ago.

For the last year or two she had been practically a well woman and such was her condition when she was seized with, what she herself termed cramps, abdominal pain due to indigestion, as she stated for the purpose of deceiving the attending physician : these cramping pains were accompanied by occasional spells of weakness and fainting, and, after some days followed by a slowly developing peritonitis, not distinctly pelvic in character, so that her description of the pain as gastric seemed all the more natural, and as the fever lessened and patient improved decidedly for several days after entering the hospital, the treatment was supposed to be to the point and was persisted in ; but soon a change came and a sepsis developed which rapidly led to the fatal termination less than ten days after the first seizure.

Thus the case appeared by reason of the deception practiced by the sufferer who judiciously misrepresented and, having been in constant contact whit physicians and with disease for years, as nurse or patient, it was more easy for her to dissemble and avoid examination : she sought to appear as suffering from *constipation* and resulting *disturbances of digestion*, and her story seemed a plausibie one ; menstruation had always been somewhat irregular, and *cessation* or any *unusual irregularity was denied*, likewise any unusual flow of blood or pelvic pain : all conditions pointing to pelvic disease, to pregnancy or miscarriage, were denied : if hemorrhage had occurred it was successfully concealed and evidently checked at the time of examination ; all suffering was referred to the stomach and bowels.

I must here state that in this last illness patient was not under my care or that of my assistants, and I saw her but casually while passing to and fio : to my esteemed confrere, upon whom devolved the thankless task of attending this dissimulating and refractory patient, I am indebted for the specimen itself and for the privilege of presenting it to this congress.

I have given the history as the patient would have had it appear : the *actual facts*, as partially confessed in her last days, and corroborated by the post-mortem examination, give the case a very different aspect : patient passed the usual time for the recurrence of her menstrual period without any evidence of a flow and soon began to suffer from nausea and occasional vomiting which she referred to gastric disturbances following her irregular mode of life, cold meals, insufficient and imperfectly prepared food. Between two and three weeks after the time when she might have expected her period she was seized with faintness and pelvic discomfort, then came cramping pains and,

as it appears, some bloody discharge from the uterus, to what extent I cannot say; cramping pains, general debility, dimness of vision, lightness of head were such that she sought medical advice and walked to the physicians office where she fainted, as was then supposed, from the pain caused by a hypodermic injection of morphine, but as the accompanying dimness of vision would make it appear, by the rupture of the sac and following hemorrhage, or by an increase of the preexisting internal oozing.

She was sent to the Hospital and there developed evidences of peritonitis, but appeared to be improving under treatment, pain as well as pulse and temperature subsiding. It seemed that she was about recovering from the disturbance produced by the rupture and consequent loss of blood, which was not in great quantity as shown by the post-mortem examination, but within a few days, not quite a week after she first began to complain, her condition rapidly grew worse amid septic symptoms, evidently resulting from her filthy condition, the absence of all antisepsis and even of cleanliness or washes which had not been ordered as *no discharge* of any kind had been observed or complained of; infection was evidently carried by her own finger to the accumulation of congealed blood in the vagina, as she confessed her repeated digital examinations and manipulations, having probably made efforts to penetrate the uterine cavity in her dread of pregnancy.

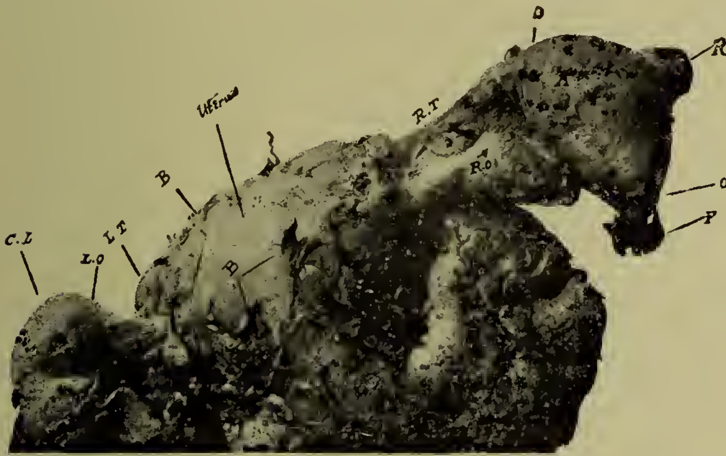
It was in this septic state that, by the courtesy of the attending physician, I saw and examined her, finding some blood in the vagina, the *pelvis free*, the uterus somewhat enlarged, but not more than might have been expected with such a history, both left tube and ovary were enlarged and indurated, but the right could not be felt through the sensitive and distended abdominal walls; the pelvis was absolutely free, no unusual resistance was anywhere to be detected, neither in the cul-de-sac or in the ovarian region, but an apparent point of greatest tenderness and slightly increased resistance was noticable in the region of the appendix vermiformis, and led me to advise immediate operation as the only means of saving the patient.

What changes followed I cannot state, suffice it to say that this resistance was no longer observable when the attending physician arrived at a later hour and as he found no indication for interference, at the time of his examination, the operation was not resorted to : she failed rapidly and died within 48 hours.

The *post mortem examination* revealed localized congestion of the peritoneum and shreds of inspissated blood throughout the lower

portion of the abdomen, especially about the posterior portion of the uterus and the right tube, but no larger clots or accumulations; the curious feature of the case was the location of this tube, with ovisack and ovary, well up in the right side, held in this unusual position by numerous adhesions and by the attachment of the tube to the appendix vermiformis.

The specimen, as it is well depicted in the photograph, shows some unusual and marked features : shreds of inspissated blood or



L. O. Left ovary. *C. L.*, corpus luteum. *L. T.*, left tube. *Uterus*, posterior surface of fundus uteri. *B.*, blood clots. *R. O.*, right ovary. *R. T.*, right tube. *F.*, Fimbriae of right tube., *O.-O'*, ovisack. *R.*, point of Rupture. *A.*, attachment of right tube to appendix vermiformis.

small tissue like clots (B) covering the broad ligaments and the fundus and posterior portion of the uterus (Uterus), which was somewhat enlarged and hard.

No traces of recent inflammation were visible in the pelvic viscera beyond such as may have followed the rupture, a slight redness of the uterine surface and the congestion of the superimposed intestinal coils. The distorted condition of the pelvic viscera, adhesions, contractions and indurations, indicated the extent and violence of the first inflammation, five years previous, to which all her pelvic trouble is referable; an examination of the specimen proves conclusively that all pathological changes which were not of quite recent

origin, following the rupture, must be referred to the long past perimetritis, the source of all changes and suffering, and we know well, as the clinical history shows, that this is actually so, that no inflammation has occurred since.

A prominent feature is the corpus luteum (C. L.) in the left ovary (L. O.), quite recent, unusually perfect and well shown in the plate ; the ovary itself is small, flat, and firmly united with the tube.

The left tube (L. T.) is thickened, indurated, contorted, and, what is most important in the consideration of this case, *occluded*, as microscopic examination will show.

The right ovary (R. O.) is small, atrophic, drawn out of ist usual position by close connection to the tube and ovisack; it gives no indication *whatsoever* of a corpus luteum or even a recently ruptured follicle and the tissue is indurated.

The right tube, which is but little thickened in its undistended uterine extremity, is dragged well away from its usual site by an attachment to the appendix vermiformis : the peripheral portion is distended by the ovum, forming a sack 3 c. m. broad by 4. in length. In the centre of the upper portion of this ovisack is the rupture. (R.) 1 c m in diameter, now firmly closed by a clot which is seen to protrude.

Upon the posterior surface of the distended portion of the tube, 1 1/2 c m from the median end and 2 1/4 c m from the rupture, is the point of adhesion to the appendix vermiformis (A.) the remnants of which are distinctly visible.

That the pregnancy is purely tubal is evident from the perfect preservation of the fimbriæ (F.).

A survey of this specimen demonstrates with unusual distinctness:

1. The circuitous route taken by the ovule.

2. The difficulty of diagnosis by reason of the dislocation of the parts and.

3. The possibility of a cure of serious pelvic troubles without resort to the knife.

The ovule travelled from the left ovary, through the abdominal cavity, to the fimbriated extremity of the right tube : as the corpus luteum is in the left ovary the ovule must have come from this source, and the left tube being occluded, it was forced to travel through the abdominal cavity to the region of the appendix vermiformis and there enter the right tube where it was impregnated; nor is any other supposition possible since the ostium tubae could never have approached the ovary of the other side by reason of the

firm adhesion surroundig the tube and its attachment to the appendix; I should also deem it unlikely, to say the least, that the ovule should have travelled this distance, and then permeated through the right tube into the uterus, as some suppose it to be the usual course, there to be impregnated and then again to return to the fimbriated extremity, where it finally becomes attached and develops. The distinctly marked corpus luteum of the left ovary, the occlusion of the left tube with the ovisack in the extremity of the firmly adherent right tube unquestionally indicate the route taken by the ovule, i, e. through the abdominal cavity.

2. The difficulties of diagnosis amid unusual conditions and deceptive statements is evident : the unusual location of the ovisack, of tube and ovary, and the absence of any accumulation of blood or fluid, together with the tenderness of the abdomen, removed all possibility of determining the actual condition of affairs by vaginal or bimanual examination; the pelvis, even the ovarian region, was free, and the one point of greater tenderness, which did exist at times, was in the region of the appendix : the patient was single, as we may recall *denied* cessation of menstruation or hemorrage and complained of the griping pains of *indigestion*, from which she was known to have suffered before; at the time of *my* examination, as it appears, under peculiarly favorable circumstances operation seemed to me to be indicated, but whether for inflammation of the appendix vermiformis or some indistinct injury to the uterine appendages was doubtful.

The difficulties of diagnosis were such that they even persisted during the post-morten examination, which at first sight revealed no serious pelvic lesion : the small clots of blood found upon the posterior surface of uterus and broad ligaments seemed to indicate a slight hemorrhage from the rupture of a vessel in tube or ovary, and not until the incision had been enlarged and the abdomen more freely opened, was the actual state of affairs finally discovered. The ovisack was found in an unusual location, where it could never have been detected during life, not in the pelvis, but in the abdominal cavity at the distal extremity of a very long tube and moreover concealed, by superimposed intestinal coils, so that it will be readily appreciated why it at first glance escaped observation and the examiner was prepared to assign intrapelvic hemorrhage of unknown origin as cause of death.

3. The possibility of the cure of pelvic inflammation without operation.

The clinical history, confirmed by the specimen itself, affords strong evidence in favor of the conservative treatment of pelvic inflammation and proves that even grave tubo-ovarian disease and violent peri metritis can be *cured*, so far as restoration to health is concerned, *without removal of the appendages*

The specimen. — The indurated, enlarged uterus, the occluded, thickened left tube, the atrophied ovaries, and the adhesions on all sides in themselves, regardless of the confirmatory history, demonstrate the violence of pelvic inflammation from which the patient suffered when she first entered my clinic years ago, after having been bedridden for six months : and I may add that endometritis, metritis, salpingitis and perimetritis were such as to indicate their virulent nature and specific origin. Again and again I, at that time, advised removal of tubes and ovaries, she again and again refused : treatment was persistently continued for full two years, but she was restored, led an active life, part of the time as sick nurse, so that we knew full well of her robust appearance and thorough good health, such as operation, though successful, does not always assure.

A. Martin (Berlin). — Zunächst constatire ich mit Genugthuung, welche Summe von Erfahrungen über ektopische Schwangerschaft auch in dem Kreise der hier anwesenden Fachgenossen vertreten ist. Die Casuistischen Beiträge zur Kenntniss dieses schwerwiegenden Kapitels der Gynäkologie sichern allein schon unserer Discussion eine unverkennbare Bedeutung.

Wenn Herr *Doran* auch heute noch das Vorkommen der Form ektopischer Eiinsertion, welche wir als *ovarial* bezeichen, bemängelt, so zweifle ich nicht, dass ein genaueres Studium der von mir mitgetheilten Fälle von dieser Kategorie auch ihn überzeugen muss. Ich hoffe das Gleiche für uns betreffs der Form von *Primaerer abdominal-Schwangerschaft* angesichts der Mittheilungen von *Herrn Rein*, so lebhaft ich dabei die bisherigen desbezüglichen Erfahrungen im Gedächtniss habe, wonach die Nachprüfung der betreffenden Beschreibungen bis jetzt noch immer zu ernsten Zweifeln Veranlassung gegeben hat.

Die von mir mitgetheilte Beobachtung über Insertion des Eies auf der Fimbria ovarica bildet vielleicht ein Uebergangsstadium, aber wie der bekannte Fall von *Zweifel* zeigt, ist die äusserste Vorsicht in der Deutung dieser Fälle geboten.

Eine wahre Hypertrophie der Tubenmuskulatur kommt nach meinen Beobachtungen nicht zu Stande. Die einfache Verdickung

der Tubenwand bedeutet bekanntlich keineswegs eine Vermehrung-funktionsfähigen Muskelgewebes. Wenn wir die Muskelfasern selbst betrachten, und die Tinktionsunfähigkeit ihrer Keine so wie die Trübung und Verfettung des Inhaltes der Muskelzellenals constante Befunde constatiren, so dürfen wir nicht an eine irgend wie geartete Thätigkeitder Muskelschicht denken, weder bei Ruptur noch bei Abort. Die passive Form der Ruptur durch das wachsende Ei ist gewiss anzuerkennen ; aber sie ist nicht die überwiegend häufig Form des Ausgangs der tubaren Schwangerschaft. Auch das, was wir nach Werth *tubaren abort* nennen, ist als solcher nicht ohne Einschänkunt zu bezeichnen. Die intraligamentäre Form gehört nach meinen Beobachtungen wenigstens erst recht zu den Ausnahmen. Am häufigsten geht das Ei wahrscheinlich in Folge der mangelhaften Placenta-Entwickelung zu Grunde. Die des geeigneten Stützapparates entbehrenden Gefässe zerreissen, das Ei wird von Blut umspült, Blut durchdringt seine Wandungen, besonders an der Placentalstelle, das Ei stirbt ab. Es kommt zu Resoptionsvorgängen, die besonders den Fötus zum Verschwinden bringen. Neue Blutungen, deren Ursache später vielleicht die wiederkehrende menstruale Congestion bildet, führen zur Berstung oder sog Abort, dessen Entwickelung durch die ampulläre Ei-insertion, durch das Offenbleiden des Fimbrienendes und dis Vis-a-tergo, welche die absatzweise ergossenen gerinnenden Blutmassen darstellen, hinreichend erklärt wird.

Den Versuch des Herrn *Sänger* für Ruptur und Abort präcise Symptomgruppen zu constituiren, kann ich als glücklich nicht bezeichnen, meine Krankengeschichten sprechen dagegen. Tieberloser Verlauf, unbestimmte Schwangerschaftsanamnese und Zeichen sind allerdings für die ersten Monate ektopischer Schwangerschaft als charakteristisch nur bedingungsweize anzurrkennen, die Art der Entwickelung der Anaemie und des Blutabganges nach aussen, die Entwickelung des Befundes von Hämatocele und Hämatom sind für die einzelnen Formen des Ausganges, soweit ich feststellen kann nicht verwerthbar.

Danach muss ich auch jetzt noch daran festhalten, dass die Diagnose der Frühstadien der ektopischen Schwangerschaft und ihres Verlaufes noch nicht eine præciserd genannt werden kann.

Mit Genugthuung habe ich die allseitige Zustimmung zu den Vorschlag sofortiger Operation begrüsst, wie er aus allen Mittheilungen mit Ausnahme der von Herrn *Rein* resultirt. Den Standpunkt von Herrn *Rein* vermag ich nicht nur im Hinblick auf die von mir vorge-

führten statistischen Zahlen nicht zu theilen, auch eigene Erfahrungen haben mich dahin geführt, diese von mir früher getheilten humanisirenden Anschauungen aufzugeben. Ich constatirte eine Tubar-Schwangerschaf bei der Frau M. (N° 8 meiner Tabelle), und traf mit der Frau, ihren Angehöringen und deren im Nebenhaus wohnenden Hausarzt alle denkbaren Verabredungen, um das normale Ende abwarten zu können, und ein lebensfähiges Kind zu entwickeln. In einer Nacht erfolgte die Berstung (oder Abort ?), man gab, entgegen meinen strikten Anordnungen-sofort die Hoffmung auf Erhaltung auf und liess die Frau sterben, ohne zu bedenken, dass sicher die sofort ausgeführte Laparatomie noch hätte Rettung bringen können.

Herrn *von Ott* ist gewiss beizustimmen, das die von ihm als chronisch bezeichneten Fälle eher schwieriger zu behandeln sind, als die akuten ; dafür sprechen ja auch die Mittheilungen von Herrn P. Petit.

Somit glaube ich, dass wir je mehr unsere Einsicht in die Gefahren der ektopischen Schwangerschaf wachsen, um so mehr zu der sofortigen Operation gedrängt werden müssen.

Diese kann aber nur in der Entfernung des ganzen Sackes bestehen. Das möchte ich besonders in Beantwortung der Frage von Herrn Lebec betonen. Wahrscheinlich würde er die Blutung in seinem Fall beherrscht haben, wenn er den Eisack ausgeschält hätte, wie ja auch der von ihm angegebene Sectionsbefund zeigte.

Je früher die Ausschälung und je energischer sie durchgeführt wird, um so weniger brauchen wir uns mit der Unterbindung der zuführenden Gefässe aufzuhalten. Ich habe die Möglichkeit hierfür ohnehin nur selten als gegeben zu erkennen vermocht.

Operiren wir sobald die Diagnose auch nur mit Wahrscheinlichkeit gestellt wird, lösen wir den Eisack aus, dann wird die Prognose noch viel besser werden, als sie jetzt schon durch die verbreitete Dürchführnne der operativen Methode geworden ist.

Schliesslich kann ich nur meinen Dank für der Geduld wiederholen, mit der Sie der Erörterung und Discussion dieses grossen und bedeutungsvollen Thema gefolgt sind.



SÉANCE DU VENDREDI 16 SEPTEMBRE 1892

2 HEURES APRÈS-MIDI

Présidence de M. le professeur CONSOLAS, d'Athènes.

ON HYPERPLASTIC SALPINGITIS AND ITS OPERATIVE TREATMENT BY DRAINAGE

By M. **Christian Fenger** (Chicago-Illinois. U. S. A.)

Suppurative inflammation of the Fallopian Tubes was until the begining of the last decade not studied in its details : either as to Ettiology or as to pathological anatomy. The typical pyo-salpinx, a closed dilated tube filled with pus effecting rupture into the peritoneal cavity and peritonitis or extention to the surrounding organs and local pelvic inflammation with or without abcess formation was regarded as the common form of the disease.

A. Martin first called attention to the fact that in some cases of Salpingitis there was no dilated tube filled with pus, but a thickened wall surrounding a normal or narrowed lumen in which a slight amount of secretion only was contained.

We owe to a great extent to Martin through work of himself and his pupils the detailed knowledge of to-day of the pathological anatomy of the suppurative salpingitis. Kaltenbach in 1885 described a case of gonorrheal salpingitis with stenosis of the canal and subsequent hypertrophy of the muscularis. The patient had suffered from attacks of excruciating pain preceding menstruation; she would roll on the floor and cry out loud; scream like a maniac. The right extirpated tube was thick as a finger and rigid, the peritoneal end closed

and the norrowed canal contained only a little blood. The thickening of the wall was due to an enormous hypertrophy of the muscular coat. Kaltenbach explained this muscular hyperplasia as a result of overwork of the muscular coat of the tube in trying to evacuate the contents into the uterus trough the stenosed uterine portion of the tube. Kaltenbach had expected to find a typical pyo-salpinx, and was surprised to find no dilatation of the lumen of the tubes. Orthmann in an excellenf paper on the pathology of the tubes using the material from A. Martin's private clinic, and A. Martin in a paper read in Berlin, 1886, stated that thickening of the wall of the tubes is commonly found in chronic salpingitis, and is due to a difused smallcelled infiltration of the whole wall of the tube, rarely to hypertrophy of the muscular coat.

From an anatomical point of view, Martin makes a distinction between catarrhal, interstitial and follicular salpingitis. In the endosalpingitis catarrhalis, the mucous membrane alone is thickened by small celled infiltration below the non destroyed epithelium.

In the interstitial salpingitis the whole wall is the seat of the infiltration, the tube is hard, stiff and thich as a finger.

In the follicular salpingitis the tube is elongated, tortuous, not dilated, and contains a small amount of mostly serous often bloody fluid.

The wall of the tube is thickened some times to 1-1/2 and 2 cent. and rigd, not collapse when the tube is cut across.

The thickening of the wall is due to smallcelled infiltration and young connective tissue, that separates the muscle bundles and contains dilated vessels wich are either empty or filled with blood, some times to the extent as to rupture and causes small ecchymoses. In the wall are also to be found small abcess and cysticspaces. A plastic peritonitis unites the tube with all its surroundings; intestines, uterus, walls of pelvis, and makes the convolutions of the contorted tube adhere to each other so as to form a tubal tumor, as it is often termed. This tumor is the size of a hen's egg to a fist, consists of the convolutions of the thickened tube united into one mass, in which the canal runs as a labyrinth that is hard to unravel even at a careful dissection. The lumen may be locally narrowed to a hairfine canal surrounded by dilated round spaces.

I will first describe a typical case of this kind treated in the usual manner by extirpation.

Case 1. Synopsis. Gonnorh. infection II years ago. Symptoms of salpingitis was over 10 years ago, increasing in severity; considerable

aggravation for the last 1-1/2 years; Extirpation of left tubal tumor by laparotomy, recovery. History : Mrs A. F. A. of Chicago is 29 years old; is married and does her own house-work. She has been married 9 years, has no children, and has had no miscarriages; menstruation commenced at the age of 13 and was regular until the age of 16, when it disappeared for a time after bathing in the lake. During this period she had diphteria and was sick in bed for 5 weeks. At the age of 18, she was exposed to gonnorheal infection and a purulent discharge from the vagina, alloved to romain for years. An attack of typhoid fever was followed by a weakness for one year. After her marriage, menstruation became copious, and accompanied by intense pain in back and sides. One and a half years before marriage while lifting a heavy trunk she felt a sudden pain in the left inguinal regeon, followed by chill and fever confining her to bed for two months; after this there would be some pain in the left lower abdomen now and then; sometimes extending over to the right side, and she never since regained her full health. During the last 10 years, pain every once in a while would increase so as to force her to stay in bed for some days about once every two months. In the fall of 1890 a more severe attack of pelvic cellulitis came on with chills and fever, pain, tenderness and swelling of lower abdomen and frequent painful micturition. She was in bed for six weeks but remained disabled from persistent pain, weakness and nervousness, In May, 1891, a similar attack kept her in bed for two weeks. Her family Physician, Dr. Otto of Chicago, finding a tumor to the left of the uterus sent her to me for operation in June, 1891. On examination I found Mrs A somewhat pale but well nourished, organs of thorax and upper abdomen normal. No fever. Pains in the pelvis minor mostly left side aggravated by walking or being on her feet much, and incapitating her for domestic work. Examination of abdomen revealed tenders above the symphysis more pronounced to the left where a hardness was felt. Vaginal examination showed uterus displaced some to the right by a tumor the size of an orange. It was even on its surface, hard and not fluctuating anywhere; located in the left broad ligament high up and connected with the left side of the uterus so as to permit of only slight mobility between them. There had never been any discharge of pus from the rectnm, and rectal examination showed no softer points on the posterior surface of puncture by fine aspirator needle through the vagina, brought from high up about a teaspoonful of pus, and was followed by fever for 24 hours.

Diagnosis : pyo-salpinx gonnorrhoica buried in a pelvic exudate

and extirpation or rather exploratory abdominal section advised.

Operation, June 22, 1891, in the Emergency Hospital; Median incision from symphyses to near umbilicus; transversed divison of rectus muscle low down. I found the tumor size of an orange covered with omentum after detachment of which enucleation was done with some difficulty by the fingers. The tumor came out as a mass; no pedicle was found, and a number of vessels had to be ligated subsequently; right ovary and tube apparently healthy and were not removed. It was impossible to cover the rather extensive bed from which the tumor was enucleated with folds of peritoneum from the two broad ligaments; therefore drainage with iodoform gauze surrounding a glass tube was used.

In 3 days after the operation there was slight elevation of temperature to 101-5, and some vomitting, but at the end of the third day the symptoms subsided. The day following the operation she asked for beer which she kept down, and she took from one to three pints of beer a day during the first week, whilst milk, tea and other liquids was vomited up. The glass drains were removed on the 4th day, and the gauze drain on the 12th day, and she left the hospital 5 weeks after the operation. Her present condition now one year later is perfectly satisfactory as shown by examination on August 19th 1892 : she gained some 20 ibs in weight in two months succeeding the operation, and has retained her weight since. Menstruation reappeared in the 3rd month, and has been regular and painless ever since. Some times she feels slight pains low down in the pelvis, but only transitory. She can be on her feet all day and do her housework, except the washing. Cohabitation is only occasionally accompanied by slight pain, and in general she thinks that her health is better now than it was ever before her marriage.

Macroscopic appearance (Fig. 1st and 2nd); the extirpated tube forms a globular tumor the size of an orange; one side convex and the other more flattened. On the convex side and along the border is seen finger thick longitudinal ridges prominent as haut-relief on the surface running in curves interwoven with one another. They are the convolutions of the elongated thickened and contorted tube that have been united by connective tissue into one globular tumor. Incison along the top of the ridges shows the thickened wall of the tube and leads into the open not much dilated canal that remains patulous when opened into longitudially or divided transversally on account of the rigid condition of the thickened wall. The canal contains a slight amount of less than a teaspoonful of pus and muco-pus. It is

not of uniform caliber, but wide round spaces, especially on the convexity of the curves of the convolutions, alternate with narrower spa-

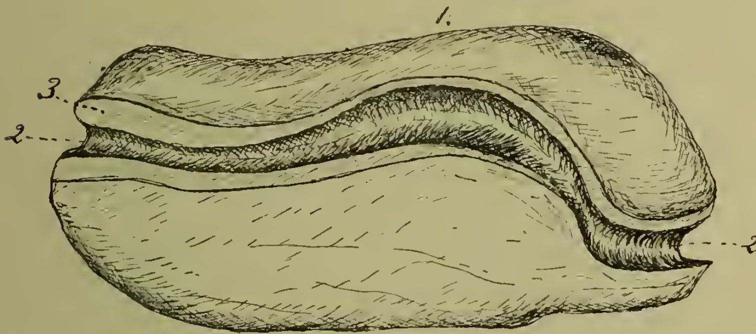


Fig. 1. — Pyosalpinx hyperplastica. — 1. Convex Surface of tubal tumor; 2. A. Convolution of the elongated and thickened tube laid open; 3. Thickened wall of tube.

ces. The abdominal end of the tube is closed and buried in the mass of the tumor; the ovary I could not find. The uterine portion of the tube is dilated and found as a round opening on the flat sur-

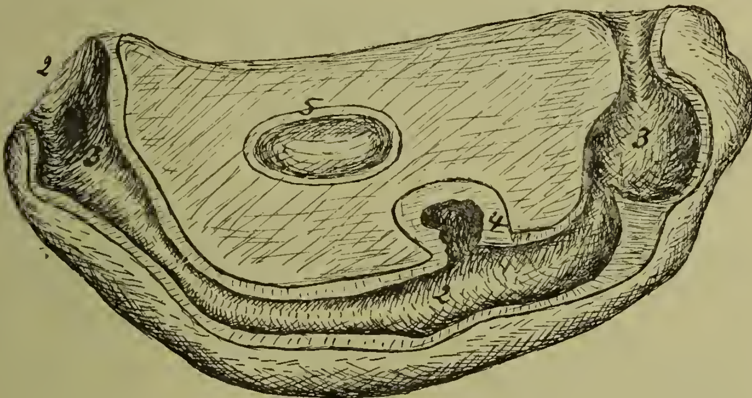


Fig. 2. — Pyosalpinx hyperplastica. — 1. Flat surface of tubal tumor; 2. Opened convolution of tube on the border opposite to the one seen in Fig. 1; 3. Sacculated local dilatation of opened convolution (2); 4. Wall of tube, 1 centim. thick; 5. Uterine end of tube torn off in enucleating the tumor.

face of the tumor where it has been torn across during the enucleation. The thickness of the wall of the tube varies from 3 mm to 1-15 cent.

Microscopic examination (fig. 3, 4, 5, 6) : The peritoneal portion



Fig. 3. — Peritoneal portion of tube. — 1. Peritoneum thickened; 2. Subperitoneal lymphspaces surrounded and filled with leucocytes; 3. Artery below which at 4. perivascular infiltration with leucocytes; 5. Transverse and oblique section of muscularis; 6. Longitudinal section of muscularis; 7. Connective tissue. — Young and rich in spindle shaped cells.

shows a thickened peritoneum in the shape of a layer of old fibrillery connective tissue below this in the subperitoneal tissue are numerous lymph spaces partly filled with but, all of them surrounded with à layer of granulation cells are lymphoid cells. This signifies a chronic subperitoneal lympangitis. After this comes a layer of young

connective tissue rich in cells with thickened vessels, and smallcelled infiltration in many of the pervascular spaces, (chronic periphlebitis).

Below this thickened peritoneum and subperitoneal tissue is seen



Fig. 4. — Submuscular part of tube showing an abcess cavity partly filled with pus. — outer wall. — 1. Abcess Cavity (empty); 2. Aggregation of Pus cells; 3. Wall of abcess with closely aggregated Leucocytes; 4. Older connective tissue at a distance from the abcess wall.

the muscularis. It is not particularly hypertrophic, neither are the muscle bundles separated by layers of young connective tissue to any appreciable extent.

In the wall inside of the muscularis is an irregular cavity (Fig. 2) filled with pusy or mucus as seen in the coagulum adherent to its wall. The wall consists of a layer of embryonal tissue with the cells so numerous as to permit of almost no stroma to be seen between them. I am uncertain if this cavity is an abcess in the wall of the tube or an occluded space of the lateral irregular sinuosities of the

lumen, on the mucosa of which the epithelium has been destroyed.

Both of these conditions miliary abcesses and occluded spaces are found in the walls of such tubes (Martin).

The sub-mucosa in the next stratum, and consists of a very thick uniform mass of young connective tissue with spindleshaped cells. It is rich in smaller and larger vessels, the walls of which arteries as



Fig. 5. — Showing inner wall of Abcess Cavity (of Fig. 4) inside of which a thickened and vascular submucous tissue. — 1. Wall of Abcess; 2. Cress sections of vessels; 3. Submucous tissue considerably thickened rich in Spindleshaped connective tissue cells; 4. Vessels.

well as veins are thickened; the vessels are not dilated, but in a number of the perivascular spaces are groups of leucocytes showing that inflammation is going on, or at least a formative process tending to increase the hyperplassia of the wall.

The inner and last layer is the mucous membrane, or what is left of it.

The epithelium has disappeared, and the mucosa appears like a

heavy layer of embryonal tissue packed with leucocytes lymphoid cells. A considerable number of large thin walled vessels probably dilated cappilaries filled or distended with blood give the tissue an almost angiomatous appearance. In some places the dilated vessels have ruptured and islands of extravasted blood are found. Between the dilated and filled vessels are numerous empty cappilaries also

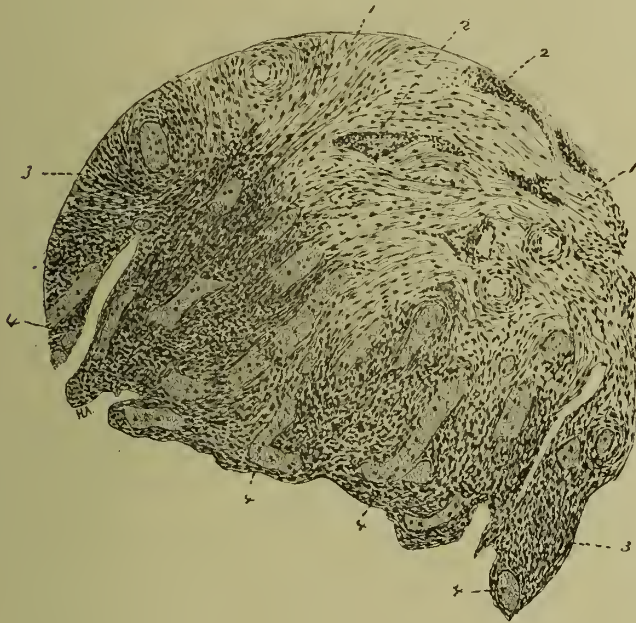


Fig. 6. — Inner surface of tube showing the mucose deprived of its epithelium mnch thickened and containing a large number of dilated capillaries. — 1. Submucous tissue; 2. Perivascular spaces infiltrated with leucocytes; 3. Thickened mucosa rich in round cells; 4. Dilated capillaries of the mucosa filled with red blood corpuscles and white corpuscles (stained) interspersed amongst them.

found. Thus there is an enormous vascularity in the innermost layer of the tubal wall.

This specimen represents an average form of chronic salpingitis The whole wall of the tube is thickened in the majority of cases. Orthmann found it to be so in all of of his eight cases of « Salpingitis purulanta ». But he also found it in at least eight of his 9 of

his cases of « Salpingitis Catarrhalis », Looking carefully over at detailed description of Orthmann's, nine cases of Salpingitis catarrhalis and the following eight cases of Salpingitis purulanta. I am unable to see any difference in the anatomy of the diseased tubes, and I do not understand how he draws a line between the two forms.

In both classes of cases we find the thickened tube either straight and not elongated, or elongated and convoluted; the convolution united to a tubal tumor. A. Freund has probably given the best explanation of the fact, that the tube in some cases takes on the straight and in others the convoluted form. In his beautiful investigation of the development of the fallopian tube in intra-uterina and after life he found not infrequently an arrest of development on one or both sides in adult females. He found the tube as follows : a short narrow uterine position followed by 2 to 4 convolutions which sometimes were spirally contorted so as to form a bunch of multiple loops like the shape of the old postman's horns. This is the shape of the tube normally found in the fœtus and newborn children, and when found in an adult signifies that the tube has been arrested at that early stage of development as far as the change in shape is concerned. Freund points out that, that a tube of this shape is less able to empty its contents than a normal straight one. This condition consequently tends to bring about retention of secretion, and makes the tube when infected with gonoccoci or pus microbe, less apt to pass trough an attack of inflammation spontaneously. V. Freund, fig. 14 to 18. It is natural to suppose that a tube of the shape described by Freund, when infected, would easily be transformed into a tubal tumor as the one described in my case.

N. Savinoff has published a well described instance of a thickened non-contorted tube. He names the disease « Salpingitis chronica productiva vegetans ». This name although somewhat long, is a correct one, but it does not apply to a singular or rare forms of salpingitis, as his case does not differ from the common chronic salpingitis as described by Martin, Kaltenbach, Orthmann, Cornil and Terrillon (Salpingitis purulanta). Gottschalk and others. Boldt in his short and excellent paper on the pathology of the tube uses the term of interstitial salpingitis, as first proposed by Martin.

Orthmann wants to make a rigid distinction between salpingitis purulanta et pyo-salpinx. The pyo-salpinx is a dilated tube filled with pus, and requires for its existence closure of the ostium abdominale or a stenosis somewhere in the canal. He regards the pyo-salpinx as the final stage of a purulent salpingitis when the mucous membrane is

destroyed by pressure and the remainder of the tubial wall is thickened. I have extirpated more than once a typical pyo-salpinx when the epithelium was well preserved, and the wall of the dilated tube little if at all thickened.

It seems to make little if any difference if the salpingitis is due to infection with the gonococcus, or the pus microbes. In Orthmann's eight cases of salpingitis purulanta the origin was found to be genorrhoea in three cases, puerpereal infection in three cases, and there was no particular difference in the pathological anatomy of these tubes.

In the treatment of salpingitis it must be borne in mind that the majority of cases recover under conservative measures, rest, antiphlogstic etc. Martin states that in his series of 287 cases over four fifths recovered without operation.

But the minority of obstinate cases that have proved refractive to conservative treatment require operation, Abdominal extirpation of the diseased tube as inaugurated by Lawson Tait, is in the hands of the profession all over the world to-day, considered the proper procedure. The removal of a pyo-salpinx or a tubial tumor is sometimes easy but often difficult; and in some cases absolutely impossible. The difficulty and consequent danger depends mainly upon the relation between the tube and the intestines. Adhesions to sigmoid flexure or loops of small intestines may be so extensive that it is impossible to loosen the intestine without rupture of its wall. Perforation of the pus cavity into the bowel and a communication between them characterized by periodical evacuations of pus through the rectum is another danger, and in my opinion, so grave as to contraindicate abdominal extirpation. It is more often a peritubial abcess than a perforated dilated tube that opens into the bowel. A peritubal abcess with a thickened tube adherent to or imbedded in its wall has been removed in-toto with the diseased tube as in a number of Martin's cases. v : Orthmann (cases 12, 15 and others). Martin says, difficult « Verhängnissvoll » are the cases with extensive intestinal adhesions or perforation into the intestine. In three out of twelve deaths from a series of 61 operations this complication was found. Martin regards the danger of infecting the peritoneal cavity with pus from a tube ruptured during extirpation as less than the danger from extensive adhesions to the intestine. Leopold who in 1886 operated on five cases with three deaths met with a case where after removal of the right appendages, he found it impossible to remove the left ones. He fears besides the infection from the tube also hemmorrhage from the severed adhesions. Martin at the Congress in Copenhagen,

stated to have met with cases where extirpation was impossible, and considered the operation more grave than removal of ovarian tumors. It is of little practicable value to consider the mortality of removal of diseased tubes by laparotomy, because of he above mentioned difference in the cases. Westermark gives a mortality of eight per cent from 489 operations of eight operators.

Gusserow had one death in 31 cases. Wylie two deaths in 14 cases; both were in a series of eight cases of pyo-salpinx. Rosthorn two deaths in 40 cases. The cause of death in both cases was overlooked injuries to the intestine during the extirpation. Martin had 12 deaths in 61 operations. In three of which as above stated, intestinal complications were present. Boldt, 8 deaths in 112 cases. Kümmal, one death in 10 cases. Pozzi, one death in 26 cases. Keith, no deaths in 23 cases. Leopold three deaths in 5 cases. It is easily seen that the mortality varies with the character of the cases operated on, and that the most skillful operator will have a higher mortality when he happens to meet the severe cases, and when removal is effected in spite of the difficulties in the given case. To draw the line where removal should be abandoned as to dangers, is a clinical problem for which no rules can be laid down. What can be done or has been done in the cases that have to be abandoned as inoperable.

Martin advises to sew the opened sac together thus closing off the tube or abcess from the peritoneal cavity, and then drain down into the vagina. This method of operating is applicable only to the cases where a pus containing cavity dilated tube or abcess exists. As above stated, there is no such cavity in many cases. Drainage of the tube through an opening in the vagina is proposed by Munde as the primery operation to be attempted when the tube is accessable from below. Munde states as follows : « I have had a number of such cases, and by persistence and perseverence have succeeded in curing them, although a drainage tube had to be worn for a number of months. » This operation is applicable also only to cases where a cavity filled with pus is present. It would be impossible from the vagina to enter the comparatively narrow canal of a tubial tumor in a hyperplastic salpingitis.

Drainage of a non dilated tube can be obtained from the abdomen with beneficial result, as is shown in the following case.

Case 2. — Synopsis : Gonoroic infection 2 years ago : 9 months ago increase in endometritis : 7 months ago pelvicocellutis terminating in abcess opening through the vagina three months ago opening

of abcess into bowel; periodical evacuation of pus per annum. Abcess inaccessible from the vagina; laparotomy, no pus found; operation in two tempo; opening and drainage of the non-dilated tube. Recovery.

History : Mrs. A. W., of Sheboygan, Wis. entered the German Hospital November 12, 1891.

She is 28 years old; married 8 years; no hereditary diseases in her family; both parents are alive; she has 10 brothers and sisters all in good health. As a child she had measles and scarletina, otherwise she was always healthy. Menstruation commenced at the age of 15, was always regular. She was married when 19 years old; has three healthy children, 7, 6 and 3 years of age; all in good health. Her husband had a gonorrhœa 2 years ago, and transmitted it to his wife who suffered from the usual symptoms of acute attack of this disease. Nine months ago, in February 1892, there came on an increased purulent discharge from the vagina; it would lessen after menstruation which continued to be regular as to time and quantity, and was never accompanied by any unusual amount of pain. Seven months ago, in April, 1891 she was taken with chill, fever and pain in the left hypogastric region, and had to go to bed. Three days later a profuse discharge of pus from the vagina came on, as she states, suddenly, and then the fever decreased somewhat but pain and tenderness forced her to stay in bed. After a few weeks the fever again increased; she became emaciated, and the lower part of her abdomen became swollen and hard; about the end of May, a physician opened an abcess through the vagina without an anaesthetic and evacuated over one liter of pus mixed with blood.

Toward the end of June she got out of bed and was around for about two weeks. The pain however returned and made her go to bed for days at the time, oft and on. The swelling in the lower abdomen had disappeared when the abcess was opened, but, when the pain returned, she felt again a tumor in the left hypogastrium smaller at first, later increasing in size up to that of a cocoanut. In August 1891 she began to notice periodical evacuations of pus through the rectum followed by a decrease in the pain and the tumor. In September and October she passed most of the time in bed. The abcess would discharge through the bowel 2 and 3 times a week. The swelling increased to the size of a Child's head, and the pain became more intense toward the end of 2 or 3 days; then over night the pain had disappeared, the swelling decreased, and in the following evacuation of the bowels a quantity of pus could always be found.

She never noticed any difference in fever at such times. This condition continued until the time I first saw her, November 2nd, 1891, when she entered the German Hospital. Present condition : She is rather emaciated, muscles of extremities flabby, face pale, pulse 100, temp. 99 in the evening, normal in the morning. Heart and lungs normal. The urine contains no albumen nor sugar. Examination of the abdomen reveals a tumor in the left hypogastric region; it extends from the symphysis tubes upward for three inches and from the median line four inches outwards into the iliac region. The tumor is round, hard hand apparently solid, slightly tender on pressure and has a smooth non-nodulated surface. Vaginal examination : the vaginal portion of the uterus is pushed to the right side; is at a normal distance from the introitus. On the left side of the vaginal portion and high up is felt a hard immovable mass filling the upper portion of the small pelvis. The upper part of the neck and the body of the uterus cannot be felt as distinctly separated from the tumor, and the uterus is immovable in all directions. Bi-manual palpation reveals no fluctuation or softer portion of the tumor, and no or only a very indistinct mobility of the whole mass. Rectal examination permits of feeling the hard non-nodulated tumor behind and to the left of the uterus high up in Douglas's fossa. Nowhere is felt any sign of a perforation opening between the rectum and the tumor, which is only moderatly tender to pressure on its lower surface. Ovaries and tubes cannot be felt.

Diagnosis : Pyo-salpinx on left side, and probably an abcess in the left broad ligament communicating with the intestines above the rectum.

Plan of operating : I wanted to drain the abcess cavity; this was inaccessable from the vagina, as it was situated high up behind the uterus, it could probably be reached from above the symphysis with or without opening into the peritoneal cavity. If there was free peritoneal cavity anterior to the abcess, I wanted to open in two tempo : I did not intend to extirpate the tube now, on account of the communication with the bowel. But I intended to close the abcess by drainage and then if necessary later on, when inflammation had subsided, tore move the offending appendages. I further waited for a day when the abcess cavity could be expected to be distended by pus, to make it more easy to find, by an aspirator's syringe the place of abcess, where the opening should be mad. Operation : November 17, 1891.

1st *Tempo.* Laparotomy : assisted by Drs Goldspoon and Brenauer;

present, the attendent Doctors of the Chicago Policlinic. Incision at left lateral border of the rectus muscle 5 inches long, free peritoneal cavity was found, and after an introduction of a sponge the parietal peritoneum was stitched to the skin. Exploration of tumor : On its anterior aspect was found a bluish transparent thinwalled cyst the size of a hen's egg. It was opened, clear serous fluid evacuated; the thin cyst wall showed vessels in it and was smooth on both outer and inner surface. A Smaller cyst the size of a hazel nut with transparent wall showed through its wall a whitish precipitate that moved in a clear cyst fluid by change in the position of the cyst. It was ligated and at its base, and removed. Thus I reached the surface of the solid tumor, but scarcely a square inch above the large cyst was accessable, the remainder was covered with adherent loops of intestine as follows : upward loops of small intestine were firmly adherent to and covered the tumor; down toward the symphysis the sigmoid flexure was distended over the tumor from side to side, and so short and difused were the adhesions, that the intestine was immovably stretched out over the tumor; the left side of the tumor was in a similar way covered with the upper portion of the sigmoid flexure; the remainder of the anterior aspect of the tumor was covered with adherent omentum. By separating this from around the base of the large cyst a space of two square inches of the surface of the tumor was uncovered. The surface of the tumor was apparently solid, showing no softer places designating abcess wall; it was uneven showing convolutions in relief over the surface, as if the tumor consisted of finger thick, rather hard and resistent tubal convolutions grown together in one mass, large enough to fill the whole pelvis minor. It was impossible to distinguish the uterus or right tube and ovary in the mass. Punctured with an aspirator's syringe with long needle in six different directions and places gave no pus but blood only. Unable to find any abcess cavity, I resolved to make another attempt at the second stage of the operation in two tempos, and, if no abcess cavity was reached, to open into the cavity of the tube and drain it. Stitching of the peritoneum to the surface of the tumor had to be done by loosening flaps of parietal peritoneum from the anterior abdominal wall as the surface of the tube could not be brought readily in contact with it I used this flap operation whenever a deepseated surface, for example a small contracted gall-bladder has to be isolated from the general peritoneal cavity for an opening in two tempos. A surface of two inches square was prepared in this manner by stitching the peritoneal flaps to its periphery. A place on the top of the low central

ridge or knuckle was marked out by a silk stitch left long, the place where I would open into the cavity of the tube. I have found it convenient in the operation in two stages whether for peri-uterine abcess, or for opening into a gall-bladder, or any other cavity or organ to mark out the exact place for the intended incision, or as I mostly use opening with paquelin cautery knife, by a silk suture left long. If the excluded space is small it can be exceedingly difficult to find it at the second stage of the operation, four to eight days later, when after removal of the iodoform gauze the whole wound is a uniform red granulating surface, and thus the anatomical landmarks have disappeared, at any rate as far as color of the organs or tissues is concerned. Union of the superfluous portion of the abdominal wound. Packing with iodoform gauze in several pieces, hiding the guiding suture between them. Antiseptic dressing.

Remarks. — The operation was entirely unsatisfactory : enucleation of the tubal tumor, hardly possible in the condition of the adherent intestines as described above, was not tried on account of the communication with the intestine. (Veit zeitschrifft : Geb. Gynecol. Bd 16 Hft 2 p. 318 Ueber Durchbruch von Pyo-salpinx nach aussen). No pus was found, no abcess cavity or dilated tube to drain but only the knuckles of finger thick tubal convolutions were seen. It might have been preferable to do vaginal extirpation or morcellement of the uterus (Pean) to evacuate pus from within or around the tube.

Opening into the pyo-salpinx on the 7th day, 24, November. The gauze was removed from the wound. The wall of the emptied cyst formed a finger thick red granulating mass, above which was the guide suture on top of the ridge of the convolutions of the tube running from the right and upward down to the left. Exploration with syringe and long needle failed to bring out pus. Incision with Paquelih cautery knife at the place of the guide suture was made 3/4 to one inch long in the direction of the tubal convolution. At a depth of 6 to 8 mill. was found a narrow cavity from which came a few drops of odorless thick yellowish mucus.

A probe inserted into the opening passes upwards and to the right 2 inches in the narrow track, and a similar distance in the opposite direction down toward the symphysis pubis. A small rubber drainage tube 4 mm. in diam. was the largest that could pass even after some dilatation with a long forceps. Two drains were inserted 2 inches in each direction into the tube. Dry antiseptic dressing over a packing of iodoform gauze.

Remarks. — The tube was drained with the hopes of closing the

communication with the bowel, but on opening of the tube it was found that it did not communicate wih the intestinal track, as its contents were odorless. A Peri-tubal abcess cavity must be then unopened because not found. The after treatment consisted in changing the dressings and washing the wound only; no washing out through the drains was done, as they entered no cavity. In January after a gradual improvement, locally and in general health she began to sit up. The wound was closed about the middle of January, 1892. February 12 th, 1892, the abdominal wound is closed except a fine fistulous opening at the upper border, from which a stitch of silk comes out once in a while. Pressure on the abdomen causes no pain whatever, and no tumor or swelling can be reached, even by deep pressure on or below the promontoriam. Vaginal exploration shows the uterus somewhat movable up and down and the cervix and body can be felt to be somewhat enlarged when held between the fingers of the two hands during bimanual exploration.

Rectal exploration. — Reveals some adhesions posteriorly, but the uterus can be moved more than half an inch. The left ligamentum recto-uterinum is shorter and more rigid than the right, and the left half of the posterior cul-de-sac is shorter and more rigid. On account of rigidity and adhesions the ovaries and tubes cannot be felt distinctly, but I can get the fingers of the right hand above the symphysis and the fingers of the left hand in the rectum and vagina near enough together to insure that there can be no abcess or considerable tumor between them. February 18th, she has gained 14 lbs. in weight, walks around all day without pain, and has regained her strength, appetite good. For the last two months no evacuation of pus from the rectum or periodical swelling at the track of the tube. Abdominal examination shows that the tumor has disappeared, so that the hand above the symphysis can press deep down in the small pelvis without feeling any hardness or tumor. Vaginal examination. Vaginal portions nearly in normal position; uterus movable to one inch; the right broad ligament movable and normal: the left broad ligament is thicker and less movable, and high up is felt a nodular hard tumor, the tube, the size of a wallnut; it is painless on pressure and by moving the uterus. She left for her home with the advice to have the appendages removed; if any symptoms in the future should call for surgical interference.

August 15 : she is as yet in perfect health.

In conclusion I will state that it is not my intention to propose drainage of an infected fallopian tube as a substitute for its removal.

When Munde pro prosessto drain the fallopian tubes from the vagina as a conservative measure to avoid the more dangerous operation of laparotomy it is doubtful whether his cases prove that drainage of the fallopian tubes is effective or not, as it is impossible by opening through the vagina to see or know if the tube or a peri-tubal abcess was opened into, but it is possible that in some of his cases the cavity of the tube was drained, which would tend to prove that this measure is effective in abating the salpingitis as well as the surrounding pelvic inflammation. To drain a tube with a view of restoring its activity or usefulness is a measure for the advocature of which no data as yet exists; but the case mentioned above together with Mundes experience makes it probable that drainage of an infected tube may be effective in causing the inflammation to cease. In cases of impossible or difficult extirpation, and when the tube or a peri-tubal cavity communicates with the intestinal canal which latter condition by Veit is regarded as an absolute contra-indication to removal, I believe that drainage of the tube if not accessable from the vagina, should be resorted to by abdominal section. The operation in two tempos for such cases also advocated by Winter is exceedingly safe. No pus need enter the peritoneal cavity the tubal convolutions can be distinctly seen, and the place for opening into the tube marked out by a guide suture. When drainage of the tube has affected cessation of the peri-salpingitis and the uterus again is movable, we have more favorable conditions for extirpation of the offending tube when called for.

LITERATURE

A. Martin. Report of the International Congress in Copenhagen; Ueber Tubenerkrankung. Zeitschrifft fur Geburtshulf and Gyn. Bd. 13. Hft 2. p. 298.

Kattenbach. Uber Tubenstenosa mit secunderen hypertrophie der muscularis. Archiv fur Gynecologie. Bd. 27 Hft 2 p. 317.

Orthmann. Beitrage zur normalen histiologie und zur Pathologie der tuben aus A. Martin's Privathaustalt fur Frauen-krankheiten zu Berlin. Virchows Archiv. Bd. 108. Hft § 1 p. 165.

Leopold. Ueber Salpingotomie. Centralblatt fur Gyn. § 2. 1886 p. 25.

Wylie. New-York Medical Record, Feb. 7, 1884.

Keith. Edinburgh Medical Journal, April, 1887.

U. A. Fruend. Ueber den Indicationen zur operativen Behandlung

der erkrankten tuben. Volkmanns Samlung Klinischer Vortrage No. 323 Hft 23. Serie 11 p. 2321-1888.

Gusserow. Archiv. fur Gyn. Bd. 32 Hft 2.

Westermark. Nordiskt medicinska Archiv. Bd. 19 N. 23-1888.

J. Veit. Ueber durchbruch von Pyo-salpinx nach aussere. Zeitschrifft fur Geburtshulf und Gynecologie Bd, 16 Hft 2 p. 318.

H. J. Boldt « Intertitial Salpingitis » American Journal of Obstetrics, Feb. 1888. H. J. Boldt, New-York Medical Record, May 17, 1890.

Pozzi. Bulletin de chirurgie. Dec. 3rd, 1890.

Winter. Zeitschrifft fur Geburtshelfe und Gyn. Bd. 21 p. 210.

Rosthorn. Archiv. fur Gynecologie Bd. 37 Nsavinoff « Einfall von Salpingitis chronica productiva vegetans ».

Archiv. fur gyn. Bd. 34 Hft 2, p. 237.

Gottschalk. Zeitschrifft fur Geburtshelfe und Gyn. Bd. 24, Hft 1 p. 139.

Paul F. Munde. « The conservative treatment of Salpingitis ». American Journal of Obstetrics, Vol. 26, No. 1, July 1892, P. 1.

LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE ATTÉNUÉE (ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE)

par MM. **Labadie-Lagrave** et **Basset** (Paris).

La physionomie de la septicémie puerpérale s'est totalement transformée depuis qu'une conception étiologique nouvelle est venue montrer la cause immédiate de cette forme d'infection. Le premier résultat pratique a été, avec les Semelweiss et les Tarnier, la mise en œuvre de règles sévères d'hygiène, d'isolement et de propreté.

Avec ces soins la morbidité des suites de couche avait déjà considérablement diminué, lorsque l'avénement de la méthode antiseptique appliquée à l'obstétrique vint la restreindre encore d'avantage.

Aujourd'hui, les graves épidémies qui avaient désolé les XVIIe, XVIIIe siècles, et la première moitié du XIXe, ont complètement disparu.

S'il en existe encore de temps à autre, ce n'est pas dans les maternités qu'on les observe, elles sont limitées à la pratique d'un médecin, d'une sage-femme qui portent eux-mêmes le germe contagieux d'une accouchée à l'autre.

Les cas rapides, foudroyants sont rares à notre époque et toujours isolés.

Est-ce à dire cependant que la pathologie des suites de couches doive disparaître du cadre nosologique? En aucune façon, mais ses caractères ont changé.

On n'observe plus guère aujourd'hui que des cas bénins, des septicémies légères frustes rapidement guéries, des infections à début retardé, des formes prolongées dans le cours desquelles peuvent apparaître ou non des localisations variées et successives. Une de ces formes, la *phlegmatia alba dolens puerperale*, elle-même atténuée, nous semble, ainsi que nous l'avons montré dans un article des *Archives de gynécologie*, plus fréquente qu'autrefois.

La maladie peut avoir une issue funeste pour quelques femmes, mais la mort n'arrive qu'après une longue période de fièvre, la septicémie a subi une atténuation relative.

A quoi doit-on attribuer l'affaiblissement du poison puerpéral si ce n'est à la thérapeutique antiseptique universellement employée? Nous sommes heureux de voir que cette opinion a été adoptée par M. le professeur Tarnier, dans ses leçons de clinique obstétricale.

La majorité de ces cas observés dans notre service de la Maternité sont des formes atténuées. Nous en avons rapporté de nombreux exemples dans notre article des *Archives de gynécologie* d'octobre 1891. Cette année nous avons recueilli seize observations qui peuvent être classées de la façon suivante :

Quatre observations de septicémie, sans localisation, à début rapide et grave au troisième ou au quatrième jour. Guérison à la suite de curettage et drainage.

Chez une de ces femmes atteinte de fibrôme, malgré la gravité des symptômes et la présence d'une eschare de la région fessière, les injections intra-utérines ont suffi à enrayer rapidement la maladie.

Huit observations d'infection à début retardé du dixième au quarantième jour et à forme prolongée. Apparition de localisations variées et successives, salpingites, congestions pulmonaires, phlegmatia alba dolens. Guérison.

Deux observations de septicémie prolongée à forme diphtéroïde : la première avec atrésie consécutive du canal vagino-utérin, adenopathie trachéo-bronchique s'est terminée par la guérison ; la deuxième après avoir subi une atténuation relative et avoir duré vingt-cinq jours, s'est terminée par la mort, attribuée à l'insuffisance urinaire, consécutive à des abcès multiples des reins.

Dans une dernière observation, la maladie avait subi un certain

degré d'atténuation après la formation d'un abcès de l'ovaire, lorsque la rupture de ce dernier dans le péritoine vint provoquer une péritonite généralisée mortelle.

Ces quelques exemples nous montrent bien l'évolution des formes actuelles. Il peut n'exister qu'une seule poussée rapidement enrayée par le traitement, mais plus souvent après un début retardé, on voit se produire des localisations successives, au nombre de trois ou quatre pour une même malade. Presque constamment, ces localisations sont accompagnées d'albuminurie.

Nous ne nous arrêterons pas davantage sur la symptomatologie que nous avons suffisamment décrite dans l'article précédemment cité des *Archives de gynécologie*. Nous nous réservons aujourd'hui de développer plus longuement les études bactériologiques auxquelles nous nous sommes livrés et qui font, il nous semble, tout l'intérêt de cette communication.

Chez toutes nos malades, nous avons pris aussitôt après leur arrivée des lochies et du sang que nous avons cultivés sur la gélatine, la gélatine-agar et dans le bouillon. Ces liquides ont été recueillis avec toutes précautions antiseptiques possibles.

La technique a été la suivante :

Le sang est pris par piqûre à l'extrémité de l'index après savonnage, brossage, lavage à la solution de sublimé au 1/1000, lavage à l'alcool et à l'éther. Le doigt est enfin plongé dans le sublimé fort pendant dix minutes et essuyé avec un tampon de coton hydrophile au bi-chlorure de mercure. La piqûre est faite avec une aiguille rougie à la flamme et plongée dans le sublimé. On laisse s'écouler deux ou trois gouttes de sang, puis on recueille la quatrième, soit avec une pipette stérilisée et flambée, soit sur un fil de platine rougi qu'on éteint dans la gouttelette.

On inocule ensuite des tubes de bouillon de gélatine, de gélose, à la surface et dans la profondeur.

Les lochies sont prises profondément dans le col ou dans la cavité utérine après lavage du vagin à la solution de sublimé au 1/1000 et ensemencées de la même façon.

Une certaine quantité du sang et du liquide utérin est recueilli dans des pipettes stérilisées et examinée directement.

Nous croyons nous être mis avec ces précautions à l'abri de toute cause d'erreur.

Chez toutes nos malades, au début et pendant tout le cours de la fièvre initiale, nous voyons se produire pour les lochies et pour le sang cultivés un léger trouble dans le bouillon au fond duquel se fait un dépôt blanchâtre.

Une gouttellette de ce bouillon, colorée par une couleur d'aniline, nous montre sous le champ du microscope un tapis de microbes en points, assemblés sans ordre, parsemé d'un grand nombre de chaînettes de streptocoques ayant huit à dix éléments et plus.

Nous avons toujours trouvé également le diplocoque mobile qui, pour MM. Pasteur et Doléris, est caractéristique de la suppuration.

Tous ces microbes se colorent très bien par la méthode de Gram.

Les cultures de sang et de lochies montrent au bout de trente-six heures à la surface et dans la profondeur des colonies nombreuses, blanchâtres.

Les colonies de la surface sont formées de points de un à deux millimètres de diamètre, elles sont blanchâtres, légèrement transparentes sur les bords et surélevées au centre.

Celles de la profondeur présentent le long de la strie une série de points blancs accompagnés de bulles gazeuses.

Ces caractères nous montrent que nous avons affaire à un microbe à la fois aérobie et anaérobie. La coloration et le microscope décèlent la présence de micrococoques, de diplocoques et de streptocoques, ayant également de huit à dix points.

Dans un cas, nous avons trouvé dans les lochies un bacille à espace central clair, terminé par deux points fortement colorés.

Dans deux autres cas les lochies et le sang cultivés renfermaient un bacille allongé et mince ne supportant pas la coloration de Gram.

Notons que c'était au début de la maladie et que ces bacilles ne se multiplièrent pas dans les cultures secondaires, et ne furent pas retrouvés dans les autres cultures successives.

Les nombreuses injections antiseptiques auxquelles avaient été soumises les malades avant leur arrivée, nous expliquent pourquoi nous n'avons pas trouvé dans les lochies les nombreux organismes de formes différentes décrits par les auteurs. Il semble que le streptocoque et le diplocoque seuls puissent résister pendant quelques temps aux lavages.

L'examen direct du sang nous a souvent donné l'occasion d'observer quelques micrococoques et streptocoques isolés au milieu des globules. L'examen des lochies ou de débris placentaires au début nous a toujours montré ces organismes. Ces premières constatations faites, nous nous sommes appliqués à cultiver le sang et les liquides utérins tous les quatre ou cinq jours pendant tout le cours de la maladie. Voilà ce que nous avons observé dans les différentes formes.

Dans tous les cas, à la suite d'interventions thérapeutiques variées,

curettage, drainage à la gaze iodoformée créosotée, injections intra-utérines au sublimé, à l'eau oxygénée, naphtolée, au permanganate de potasse, l'examen des *lochies* nous a toujours permis de constater la diminution rapide et graduelle du streptocoque en quantité et en qualité.

Au bout de quelques jours les chaînettes, moins nombreuses, n'ont plus que trois ou quatre éléments, puis elles finissent par disparaître complètement.

Les microcoques et les diplocoques persistent encore pendant quelques temps, puis finissent par disparaître à leur tour.

Dans les formes de *septicémie rapide et légère*, l'examen du sang révèle des caractères analogues. A mesure que la fièvre baisse, le streptocoque, bien organisé au début, semble diminuer de vitalité ; ses éléments sont moins nombreux, puis la disposition en chaînettes finit par n'être plus observée.

On n'observe plus dans la culture primitive que du microcoque et du diplocoque mobile.

Mais, remarque importante, si l'on vient à faire des cultures en série, on voit se reproduire les chaînettes de huit à dix éléments. Ceci tend évidemment à prouver que le microcoque et le streptocoque ne sont que deux formes évolutives d'un même microbe.

Dix ou quinze jours après la cessation de la fièvre, les cultures restent stériles, les malades sont guéries, et dans ces cas nous n'avons jamais vu se manifester une nouvelle poussée.

Les formes prolongées sans localisations, ou avec localisations variées, salpingite, pneumonie, congestion pulmonaire, phlegmatia alba dolens nous ont permis d'observer les phénomènes suivants :

L'examen du sang dans le cours de la première poussée nous montre la même atténuation du streptocoque avec la chute progressive de la fièvre et l'amendement des symptômes généraux. Quand l'élévation de température a disparu depuis huit ou dix jours, il n'existe plus que des microcoques et des diplocoques, mais ici ces organismes ne disparaissent pas complètement, et survivent à la période pyrétique.

La température vient-elle à s'élever de nouveau en même temps que se produit une congestion pulmonaire, une salpingite, une thrombose, nous voyons réapparaître le streptocoque organisé avec huit à dix éléments et plus.

Ces caractères persistent pendant la durée de la fièvre, puis se produit au déclin une nouvelle atténuation avec diminution du nombre des chaînettes et des éléments.

Pendant l'apyrexie il n'y a plus de nouveau que des microcoques

et des diplocoques mobiles jusqu'à ce qu'il se produise une nouvelle poussée avec réapparition des streptocoques. Lorsque la série des localisations est terminée, les microbes atténués persistent seuls et finissent par disparaître. Dans cette période seulement la malade peut être considérée comme guérie.

La série de ces phénomènes peut se produire trois ou quatre fois, suivant le nombre des localisations ou des poussées septicémiques pures.

Dans les deux formes diphtéroïdes que nous avons observées, le microbe pathogène du sang et des fausses membranes était encore le streptocoque. Nous l'avons également trouvé en abondance dans les crachats de nos femmes qui ont été atteintes de congestion pulmonaire et de broncho-pneumonie.

Voyons maintenant quels enseignements nous pouvons tirer de nos études bactériologiques.

Nous avons vu qu'au début, qu'il soit précoce ou retardé, et pendant toute la période aiguë fébrile, le streptocoque était représenté dans les lochies par sa forme en chaînettes à éléments nombreux. Pendant cette période le microbe agit par sa virulence et sa quantité, or, ces foyers de production se trouvent être la muqueuse utérine, les plaies vagino-vulvaires. Aussi, bien *qu'il y ait déjà septicémie avérée,* doit-on s'efforcer de détruire ces foyers ou tout au moins d'atténuer la virulence des organismes qui y prennent naissance et qui de là sont lancés dans le torrent circulatoire. Cette conception nous a conduit à pratiquer la désinfection de l'endométrie et du vagin par le curettage ou les injections intra-utérines toutes les fois que nous avons été appelés à temps. Cette façon de faire nous a donné de véritables succès dans des cas graves.

Plus tard, lorsqu'apparaît un nouvel état aigu avec ou sans localisation, c'est encore le streptocoque qu'il faut incriminer. D'où cette conclusion :

La disposition en chaînette est la forme la plus virulente du streptocoque, elle apparaît avec l'état aigu ou le provoque et disparaît avec lui.

Le microcoque en points isolés, que l'on trouve dans le sang pendant tout le temps qui sépare la première poussée des manifestations secondaires, est une forme atténuée du streptocoque pouvant reproduire ce dernier organisme dans le sang comme dans les cultures en série.

A ce moment nous ne trouvons plus de microbes dans le canal

vagino-utérin, s'il en existe encore ils sont arrêtés par la couche granuleuse si bien décrite par M. Bumm, c'est donc au sang qu'est dévolue la fonction de détruire et d'atténuer les germes. La malade, en conséquence, doit être mise, par un régime reconstituant et hygiénique, en état de résister à leur repullulation.

Un point reste à éclaircir : comment se fait la reproduction des chaînettes au moment d'une nouvelle poussée?

Se fait-elle dans le sang lui-même par le mécanisme des cultures successives, ou, au contraire, est-ce la localisation qui en est la source? Il nous est difficile de répondre à cette question dans l'état actuel de nos connaissances. Nous pouvons cependant déjà formuler quelques règles pronostiques : Pendant tout le temps qu'il existera des micro-coques dans le sang et, malgré l'apyrexie, la femme sera en imminence d'une localisation quelconque.

Lorsque la présence des streptocoques en chaînettes est de nouveau constatée après une première disparition, on doit craindre un retour de l'infection.

La malade ne peut être considérée comme guérie qu'après la disparition complète des microbes dans le sang.

D'une façon générale le pronostic est bénin dans les formes atténuées en raison même de l'atténuation du streptocoque qui, dans ces cas, paraît être le seul organisme pathogène. Nous n'avons jamais, en effet, trouvé le staphylocoque observé par d'autres auteurs.

Il nous serait difficile d'assigner un rôle au diplocoque mobile que nous avons toujours rencontré accompagnant le micrococque aussi bien pendant l'état aigu que pendant les périodes d'apyrexie.

Nous terminerons par un détail thérapeutique qui peut avoir sa valeur. Dans une observation de septicémie diphtéroïde, alors que la presque totalité des antiseptiques avait échoué pendant longtemps, l'injection d'une solution de permanganate de potasse au 1/1000 fit disparaître les fausses membranes en quelques heures.

UPON PATHOLOGY OF GYNAECOLOGICAL DISEASES

By **James C. Wood** (Amérique).

For by far the larger number of the views expressed in this short paper I claim, other than in the method and order of presentation, no originality. They have been gleaned from this and that source

and are in consonance with my own experience and observation. Many of them have become common property and I am unable to credit them to the original author. I have, however, especially to acknowledge my indebtedness to the writings of Drs. W. H. Byford, T. A. Emmet, and Geo. J. Engelmann. The importance of the subject is my apology for its presentation.

Preliminary considerations. — Many points bearing up on the *pathology of gynaeological diseases* are as yet unsettled. Indeed, the greatest difference of opinion prevails concerning the importance of local lesions as disturbing factors. Cause and effect are constantly being mistaken the one for the other. As a result we have in uterine pathology two distinct parties.

I. Those of the first party relegate to the sexual system of the female when it becomes diseased the power to affect the whole organism in a morbid way. This influence, it is maintained, is exerted through the sympathetic and cerebro-spinal nervous systems : and, accordingly, the only way in which the symptoms resulting therefrom can be permanently relieved is to cure the local lesion.

2. Those of the second party, on the other hand, attribute the local trouble to systemic causes. They believe that the sexual organs exert but little if any influence on the general organism ; and that, by directing the treatment to the general and constitutional symptoms, the patient can be restored to health without local interference of any sort.

Again, those of the first party are by no means unanimous as to the importance and significance of certain local lesions. Thus Bennett and his followers gave to inflammation and ulceration an exaggerated importance : according to that school, sympathetic phenomena rarely result except when the uterus is inflamed or ulcerated. Hewett and Hodge undertook to establisch a special uterine pathology based upon displacements, considering inflammation and ulceration of little, if any, importance as primary factors. Cervical lacerations constitute the foundation of a pathology promulgated by men who revel in minor operative treatment. Disease of the uterine appendages is, by not a few, considered the chief cause of the ills which afflict woman-kind.

The foregoing theories are the natural result of looking upon the female sexual organs anatomical entities instead of but part of a series which, in their totality, constitute the organism. No restricted pathology is or will be able to survive the rapid strides of gynaecology. The physician who to-day ignores local lesions in the treatment of gynaecological diseases is quite as culpable as he who would treat an amenorrhoea due to phthisis or chlorosis by stimulating the uterus.

We may not always be able to determine the fact, but symptoms occur in pathological succession and events never precede the causes.

Nervous and blood supply of the pelvic organs. — Organs developed from a common primordial structure possess nerve communications whereby impressions originating in one may be transmitted to others of a like structural evolution (Oliver). From the temporary organs named Wolffian bodies the reproductive and urinary organs are developed by a process of gradual evolution. There is, therefore, a perpetuation of direct nerve influence between the sexual and urinary organs. Indeed, there is a nervous and vascular connection existing between all of the pelvic organs. The same system of vessels and nerves supply largely the genital organs from the ovaries to the perinæum, and are presided over by the same genito-spinal centre. Consequently, all are involved to a greater or less degree in any physiological requirement which Nature may impose upon some one. They participate alike in ovulation, menstruation, conception, pregnancy, parturition and involution (Byford). A pathological process involving one organ is likewise liable to implicate others. So, too, the rectum and the bladder are physiologically and pathologically affected by similar influences; or, if primarily involved, may reflect any irritation originating in them to the genital organs.

Thus we see that derangement of any one organ within the pelvis may involve all. Acting through the spinal centre, this great system in a state of disease exerts a powerful influence for evil upon the whole organism. Any system of uterine pathology therefore, which ignores the unity of the pelvic organs, and of the entire organism, must necessarily be imperfect.

How distant organs are involved. — Assuming, then, that distant organs are frequently affected by pelvic disease, it becomes the duty of the physician to study the *modus operandi* by which such affections are induced. In my opinion, *hyperæmia* and *hyperæsthesia* of the pelvic organs are essential factors in producing reflex symptoms in distant parts. That is to say, without hyperæmia or hyperæsthesia, no matter what the local lesion may be, there are no reflex symptoms. In proof of this statement I cite the fact that displacements, lacerations and tumors of the uterus may exist for years without causing the least general disturbance, unless increased sensitiveness or increased vascularity ensue. Again, the reflex symptoms starting from the pelvis are nearly all made worse by menstruation, at which time the hyperæmia and hyperæsthesia are increased. It would not be correct, however, to infer from this that reflex symptoms inevitably result

from hyperæmia and hyperæsthesia of the pelvic organs. On the contrary, every gynæcologist meets with many cases where both are present, and in which no reflex phenomena whatever occur.

Nature of the local lesion causing reflex symptoms. — Ovarian and uterine disease furnish the starting point of reflex symptoms oftener than other pelvic lesions (Hegar, Schroeder). Those of the urinary tract, the rectum, the coccyx, the perinæum and the anus are also frequently responsible for such symptoms; in the latter list are fissure, carunculæ, vaginismus, and coccygodynia. In these various lesions both hyperæmia and hypersensitiveness may exist, either alone or combined.

Forms of hyperæmia. — Hyperæmia rarely exists except as a result of some definite cause, and in order to cure it the cause must necessarily be removed. According to Byford, it occurs in three forms :

A) *Active hypertrophic hyperæmia*, as in fungoid degeneration of the uterine mucous membrane, in fibrous tumors, in pregnancy and in conditions of subinvolution.

B) *Passive, venous, or congestive hyperæmia* as when the blood is confined to the uterus by some obstruction to its return. Obstruction giving rise to this form of hyperæmia may result from uterine displacement, from cervical laceration, or from peri-uterine effusions, and

c) *Inflammatori hyperæmia*, caused by inflammation.

The sequelæ of hyperæmia.—*Active hypertrophic hyperæmia*, if this theory be correct, gives rise to hypertrophy of the organ involved, because of the exaggerated local nutrition. It is seen physiologically in pregnancy and pathologically in fibrous tumors and subinvolution.

Passive and inflammatory hyperæmia give rise to fibrino-plastic effusion which becomes organized. It then contracts and cuts off the capillary circulation of the parts involved. The natural structure of the uterus is supplanted by the connective tissue thus formed, with resulting condensation and induration. This is *hyperplasia.* When it is once established, congestion and inflammation may entirely subside while hyperæsthesia remains. This is probably due to the fact that the terminal nerve fibres are involved in the condensation of tissue, and that reflex symptoms frequently result therefrom.

The reflex symptoms in cervical laceration may be due *a)* primarily to an involvement of the terminal nerve fibres distributed to the cervix by the cicatricial deposit, and *b)* secondarily to the hyperæmia and congestion caused by the laceration and deposition of cicatricial tissue.

The inflammatory form of hyperæmia will account for those

circumscribed points of induration so often found in the cervix and in the walls of the fundus. They result from protracted vascularity of the part or parts involved (Byford).

Abrasion and ulceration of the cervix may follow in the train of hyperæmia and congestion. Abrasion is a frequent sequela; true ulceration from this cause alone is exceedingly rare. In both instances they result from impaired nutrition of the mucuous membrane because of the hyperæmia of the fibrous structure of the cervix (Cazeaux). So called granular and cystic degeneration of the cervix has for its basis *hyperæmia*.

The neuroses. — We have seen that in the condition called *hyperplasia*, hyperaemia may be absent. In these instances the pain in readily accounted for by the unnatural deposit of hyperplastic tissue. There are many cases, however, where the genital organs are exquisitely sensitive and yet where the most careful examination fails to reveal the evidences of disease. Congestion, inflammation, abrasion, displacement, all are absent and yet there is *pain and sensitiveness, in one or all of the pelvic organs*, and reflex symptoms are innumerable. The form of dysmenorrhoea known as « neuralgic » frequently occurs in connection with these symptoms. The older authors called a uterus thus affected « irritable ». The term is quite as comprehensive as is « neurosis ». Both describe a condition, without defining its cause, and both are used under which to hide our ignorance. Patients rarely if ever die from this disorder, and if it has a pathology it is so chameleon in character that it has not yet been defined.

How general symptoms are induced by local disease. — Disease of the genital organs gives rise to general symptons in one of two ways: *a*) by reflex irritation; or, *b*) by depraving nutrition. An irritation is conveyed to the genito-spinal centre, and thence reflected to all organs with which this centre communicates. In this way the stomach, bowels, liver and nervous system become implicated. The stomach is oftener involved than any other organ as is shown by the nausea and vomiting so often present in early pregnancy. If the cause persist, digestion is interfered with and nutrition becomes compromised. The depraved blood does not carry to the nerve centres that which they need to sustain them and they become anaemic. Exhaustion soon supervenes and often becomes profound, giving rise to « nervous prostration » or « neurasthenia ».

How local disease is induced by systemic disturbance. — Since nutrition may be affected from many causes, nervous diseases frequently occur when the pelvic organs are perfectly healthy. We know that

the vaso-motor systems presides over the circulation. It dilates and contracts the calibre of the bloodvessels, and wear and repair depend upon the proper adjustement of this function. If the equilibrium of the ebb and flow is disturbed, local anaemia or local hyperaemia results. The cheeks are affected in this way when they become pale as a result of fear, or when they become reddened as a result of shame. This is physiological. The flushes of heat so frequently present during the climacteric period is another example which borders upon the pathological.

If this equilibrium of the circulation is destroyed from any cause whatever, the internal organs are as often affected as is the skin. Such a cause may be mal-nutrition, nervous shock or indeed, anything that profoundly impresses the system. If the brain is involved, either headache and insomnia, or, drowsiness, occurs, depending upon whether the brain is hyperaemic or anaemic. Flatulence, gastralgia and nervous dyspepsia result when the stomach is similarly affected. The womb and the ovaries are oftener implicated than any of the internal organs, and become hyperaemic or anaemic as the case may be.

If the former, congestion with all of its concomitant symptoms — menorrhagia, leucorrhœa, tenderness, etc. — occur with out any local cause; if the latter, amenorrhœa or scant menstruation (Engelmann).

Hyperæmia, congestion, and anæmia of the uterus are likewise frequently caused by those general or organic diseases of the body which tend either to deprave the blood or to obstruct the pelvic circulation in a mechanical way. Those disorders especially tending to deprave the blood are : phthisis, syphilis, chlorosis, and Bright's disease. Diseases of the lungs, liver and heart may congest the pelvic organs in a mechanical way. Menorrhagia, amenorrhœa, and ovarian irritation, or any other pelvic lesion may, therefore, be due to general as well as to local causes.

It is, I know, often times exceedingly difficult to distinguish cause from effect. It is, nevertheless, all important that this should be done in dealing with gynæcological cases. There has been in the past, and there is still a tendency, to erect systems of pathology upon some isolated lesion. The results have more than once brought well merited reproach to our specialty, as we all know. Useful operations and useful methods of treatment have been first abused, — and then discarded. I believe, therefore, that the student of medicine, and the profession in general should have more strongly impressed upon

their minds the fact that the female pelvic organs are neither physiologically nor pathologically independent of the remainder of the organism. A full appreciation of this fact will, I feel confident, broaden all departments of specialism.

MALFORMATION DE L'UTÉRUS

par M. **Consolas** (d'Athènes)

Nous savons tous, Messieurs, combien il est difficile à déterminer sur le vivant certaines malformations des organes génitaux de la femme. On a publié des cas d'utérus rudimentaires rencontrés simultanément dans une même famille, où plusieurs sœurs présentaient ce vice de conformation, mais les cas d'absence totale de l'utérus et de ses annexes publiés jusqu'aujourd'hui et en notre connaissance sont extrêmement rares. Nous signalons l'observation de M. le Dr Pozzi, mentionnée dans son remarquable traité de gynécologie et celles de MM. Mandé, Léopold et Max Strauch.

Dans le cours du mois de février dernier, j'ai eu l'occasion d'observer un cas de ce genre et dans les conditions suivantes :

Une dame de 30 ans, grande, pâle et manifestement lymphatique, vint à ma consultation pour des douleurs dans le bas-ventre qu'elle ressentait depuis son mariage.

Cette dame, parfaitement conformée, avec conservation du caractère féminin, développement normal des seins, du bassin, absence d'hémorragie menstruelle sans mollimen périodique.

Elle a été mariée il y a sept mois.

La déchirure de l'hymen, au premier coït, fut suivie de forte hémorragie accompagnée de douleurs dans le bas-ventre.

Cette hémorragie dura quatre jours et les douleurs présentant un caractère périodique persistent depuis lors.

La malade ayant été soumise à différents traitements par des médecins de son pays, dans le but de calmer ses douleurs et ayant tous échoués, se décida à me demander conseil et me prier uniquement de lui donner quelque chose pour la débarrasser de ses douleurs et faire venir ses règles. « C'est, disait-elle, l'absence de mes règles, comme mon médecin habituel m'affirme, qui est la cause de mes douleurs ».

En examinant la patiente, je constatais que par la simple palpation du ventre, les douleurs, dont elle se plaignait s'accentuaient.

Les parois abdominales minces, pas distendues, se laissent comprimer sans résistance aucune.

La vulve offre son aspect normal. Les organes génitaux externes, les grandes et les petites lèvres, sont régulièrement conformés. La région pubienne couverte de poils, le vagin est normal, complètement développé, large, se terminant en cul-de-sac profond et permettant facilement l'introduction de deux doigts et du spéculum bivalve.

Les doigts paraissaient être complètement libres dans la cavité vaginale ne rencontrant ni résistance ni obstacle et aucune chose qui puisse ressembler à l'utérus, à aucun corps dur. Les ligaments larges, les ovaires, faisaient aussi défaut.

Les parois abdominales refoulées en bas, au dessus du pubis, ne donnaient la sensation à aucun corps dur.

Le rectum et la vessie se touchaient.

L'urétère ne m'a point paru dilaté.

Par l'exploration bi-manuelle, combinée au toucher vaginal, le toucher rectal combiné au toucher vaginal, et le toucher rectal combiné avec le cathétérisme vésical, j'ai pu me rendre compte des choses, et pour m'en assurer une fois de plus, je montrais la malade à mon collègue M. Areteos, professeur de la clinique chirurgicale, à qui je fus heureux de faire partager ma manière de voir.

M. Areteos, après avoir bien examiné cette malade, se servant de tous les moyens mentionnés ci-dessus et indiqués dans de pareilles circonstances, posa avec moi le diagnostic *d'absence totale de l'utérus et de toutes ses annexes*.

Les rapprochements sexuels chez notre malade se pratiquaient régulièrement, ses sensations voluptueuses étaient presque nulles. « Ça me fait plaisir, disait la malade, de voir mon mari, mais néanmoins, je n'éprouve aucun plaisir érotique.

D'après le dire de la malade, les seins étaient bien plus volumineux avant le mariage, quoique ils le sont déjà assez, et diminuèrent après le mariage, et même après l'hémorragie de l'hymen.

—

Je vais maintenant, Messieurs, vous donner l'observation résumée de trois cas d'utérus rudimentaires.

Dans un de ces cas, il s'agit d'une dame de 32 ans, grande, vigoureuse, bien constituée, avec conservation du caractère féminin, absence d'hémorragie menstruelle, sans molimen périodique. Bassin

étroit; les seins, chez elle, sont représentés par une petite masse aplatie et de volume environ d'une petite noix.

L'auréole marquée par un tout petit point noir. Ses seins indolorés par la pression, n'ont jamais variés de volume. La région pubienne complètement dépourvue de poils. Les organes génitaux externes, les grandes et les petites lèvres, le clitoris, tous incomplètement développés. Le vagin est représenté par un court canal vestibulaire, au travers duquel on pouvait introduire, en forçant, le petit doigt d'une profondeur de 4 centimètres environ. L'utérus est constitué par une petite masse, de forme d'une noix, mobile, occupant la place où devait se trouver l'utérus.

Le museau de tanche conique, pointu, d'une consistance presque cartilagineuse, avec un petit orifice, permettant, mais pas sans douleur, l'introduction du stylet explorateur et n'allant plus d'un centimètre de profondeur. Aucun vestige des ligaments larges ou autre chose qui puisse ressembler à cela. Les ovaires font aussi défaut. L'utérus seul existe, privé de toutes ses annexes. Ceci a été vérifié par un examen répété et minutieux. Par la palpation bi-manuelle combinée au toucher vaginal, on ne pouvait se rendre compte de la sensation du corps dur, vu l'énorme quantité de graisse des parois abdominales, mais le toucher rectal permet de constater la présence d'une tumeur occupant la situation de l'utérus et en ayant les caractères. La même sensation se produisait par le cathétérisme vésical combiné avec le toucher rectal.

La femme, dont il s'agit, a été mariée il y a six mois; elle évite les rapports sexuels, le coït, chez elle, étant très douloureux et presque impossible par rapport au vice de conformation du vagin.

Le second cas d'utérus rudimentaire, nous l'avons rencontré chez une dame de 30 ans, mariée depuis huit mois et présentant toutes les anomalies des organes génitaux internes et externes, signalées dans la précédente observation. Les seins, chez elle, étaient marqués par une saillie d'une étendue de 2 à 3 centimètres. La peau de la région mammaire flasque, ayant au milieu un tout petit point noir, de coloration un peu plus foncée que le reste de la peau, vestige très probablement de l'arrêt de développement de l'auréole.

Dans le troisième cas, il s'agit d'une femme de 25 ans, mariée il y a un an. Cette femme présente certaines particularités.

Depuis l'âge de 12 ans avait un écoulement d'un liquide tout à fait blanc et sans aucune odeur caractéristique, dit-elle, survenant tous les trois ou quatre mois, et dont la durée ne dépassait un jour. A partir de son mariage ce liquide n'a plus reparu. Cette femme croyant

toujours que ce liquide n'était autre chose que les menstrues et voyant sa disparition quelque temps après son mariage, accompagnée aussi des troubles dyspeptiques, consulta le médecin de son pays, qui affirma la grossesse. La patiente se croyant réellement enceinte est venue nous consulter et demander le jour à peu près de sa délivrance. En l'examinant nous constatâmes que les organes génitaux externes étaient à peine développés comme chez une jeune fille de 12 ans, la région pubienne couverte de poils, le vagin étroit, au fond duquel on apercevait l'utérus à l'état rudimentaire, de volume d'environ d'une noisette, avec un orifice d'un centimètre de profondeur et vers les parties latérales de petites cordes minces filiformes, disparaissant dans le cul-de-sac, vestiges des ligaments ronds et des ovaires. Les seins faisaient complètement défaut et sans aucune trace d'auréole.

La rareté, Messieurs, de ces quelques observations m'ont permis de les présenter devant vous, et les joindre, parmi les faits déjà publiés de ce genre.

UN CAS DE MALFORMATION GÉNITALE

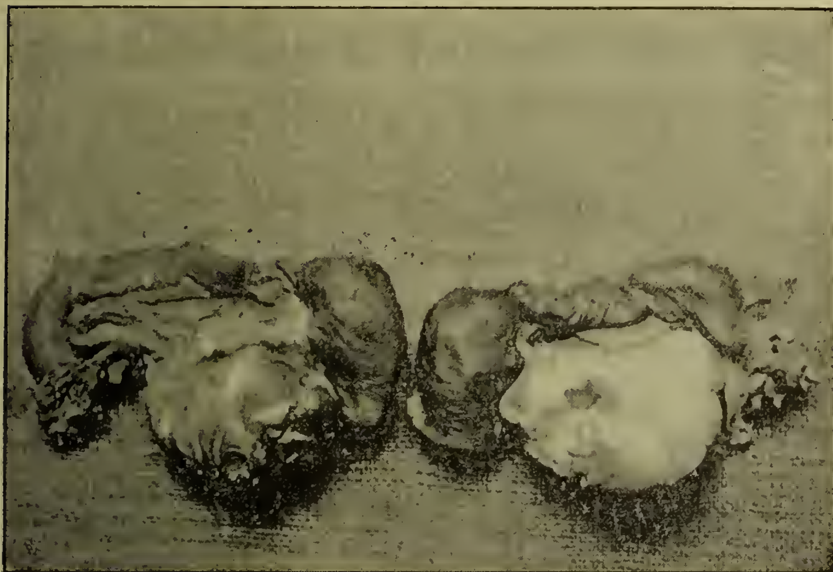
par M. **Jacobs** (Bruxelles).

Je me permettrai de rapprocher des cas si intéressants rapportés par M. le Professeur Consolas, un cas de malformation génitale que j'ai observé et opéré il y a quelques mois. Il s'agissait d'une jeune fille de 21 ans, superbement constituée et développée, mais n'ayant jamais été réglée. A intervalles irréguliers, depuis l'âge de 11 ans, elle souffrait, dans le bas-ventre et les reins, de douleurs qui, supportables les premières années, devinrent peu à peu si intenses que lorsque je la vis, elle passait quinze à vingt jours par mois, couchée.

Comme je vous le disais, le développement extérieur n'offrait rien d'anormal : taille moyenne, embonpoint marqué, seins très développés. Localement, voici ce que j'observai : absence presque complète de poils au pubis et aux grandes lèvres ; celles-ci bien développées, de même que le clitoris et les nymphes. Sous le vestibule membrane, imperforée clôturant ou semblant clôturer le vagin.

Par le toucher rectal, je constatai l'absence d'utérus, et laprésence des ovaires, volumineux, kystiques et douloureux ; les trompes semblaient normales.

En présence de cette malformation je proposai une cœliotomie qui fut acceptée et pratiquée il y a quelques mois. Vous pouvez voir sur les pièces que je vous soumets le résultat de l'opération : Je constatai



l'absence complète de vagin et d'utérus, l'existence de deux ovaires microkystiques et de deux trompes absolument normales, mais présentant sur leur trajet deux petits organes triangulaires reliés entre eux par un tractus fibreux en arc de cercle, qui tendait le péritoine entre la vessie d'un côté, le rectum de l'autre.

Les organes triangulaires ne sont autre chose que les rudiments de l'utérus. Je pratiquai l'ablation des ovaires, des trompes et des rudiments d'utérus.

Nous nous trouvons donc vis-à-vis d'un cas d'arrêt de développement fœtal : les parties supérieures des conduits de Müller ont donné des trompes normalement développées, tandis que leur partie inférieure a subi un arrêt de développement ; de là absence d'utérus et de conduit utéro-vaginal.

Le résultat tardif de l'opération est très beau. Les douleurs ont absolument disparu et la jeune fille jouit actuellement d'une santé des plus florissantes.

SUR LES ACCOUCHEMENTS PAR LE FRONT

par M. **Heinricius** (Helsingforgs).

Si la tête du fœtus subit une certaine extension, il y a présentation du front.

On entend par là, cette présentation de la tête où le front est au centre du bassin, et le milieu de la suture frontale dans l'axe du bassin.

Les cas où la présentation du front passe de très bonne heure à celle de la face ou du sommet, avant que la tête ne se soit fixée dans le détroit supérieur et que les eaux ne se soient pas écoulées, sont sans importance.

Mais lorsque la tête du fœtus en présentation du front est fixée dans le détroit, et que le fœtus est énergiquement enveloppé par l'utérus après l'écoulement des eaux, le cas devient plus sérieux. Le passage à une présentation de la face ou du sommet peut, il est vrai, se faire encore, mais avec beaucoup de difficulté.

Si la tête n'est pas trop volumineuse, si le bassin est normal ou du moins peu rétréci, et si les contractions sont énergiques, la tête peut franchir en présentation du front le bassin tout entier.

Lorsque la tête en présentation du front est fixée au détroit supérieur, l'orifice suffisamment dilaté et la poche des eaux peu volumineuse, ou venant de se rompre, on trouve en touchant le front, la fontanelle antérieure d'un côté, la racine du nez, les arcades orbitaires de l'autre côté, la suture frontale ordinairement dans la direction du diamètre transverse du bassin.

Poussée par les contractions utérines, la tête franchit le détroit supérieur et descend dans l'excavation. A mesure que la tête descend, elle se trouve arrêtée par les parois du bassin, qui convergent en bas. Le passage de la tête est facilité pourtant par cette circonstance, que la mâchoire inférieure remonte et que la bouche s'ouvre (*V. Helly*).

A mesure que la tête s'engage et progresse, elle éprouve un mouvement de rotation, qui amène le front derrière la paroi antérieure du bassin et l'occiput dans la concavité sacrée. Le front, la racine du nez, les arcades sourcilières et les yeux se montrent dans la vulve, *la mâchoire supérieure* s'applique sur le bord inférieur de la symphyse et sert de point d'appui, le vertex et l'occiput parcourent la concavité sacrée et le plancher périnéal et se dégagent au-devant de la commissure antérieure du périnée par un mouvement de flexion de la tête.

Cela fait, la tête s'abaisse, et la bouche et le maxillaire inférieur, qui étaient restés derrière la symphyse, sortent à leur tour.

V. Helly et *Hildebrandt* sont les premiers, qui ont décrit le mécanisme typique d'accouchement par le front.

Mais la tête en présentation du front peut se dégager d'une autre manière que celle décrite. Il arrive quelquefois que la rotation interne de la tête ne se fait pas. La tête franchit transversalement le détroit inférieur et les organes génitaux externes, le diamètre transverse du front correspondant au diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur. La face aplatie, la bouche ouverte et le menton comprimé en arrière, qui sort ordinairement sous la symphyse, se dégagent sous l'une des branches descendantes du pubis et la grande lèvre correspondante, tandis que l'occiput, qui se dégage, ordinairement, sur le périnée, sort de l'autre côté. L'un des frontaux se dégage au-dessus du périnée, tandis que l'autre est fixé derrière et sous la symphyse.

C'est *Hüter* qui, le premier, a publié les cas où la tête se dégage transversalement à la vulve.

Voici un autre mode de terminaison de l'accouchement par le front. La racine du nez peut, au lieu du maxillaire supérieur, correspondre à la symphyse, et être le point autour duquel la tête accomplit sa rotation dans le détroit inférieur. *Busch* a le premier décrit ce mécanisme.

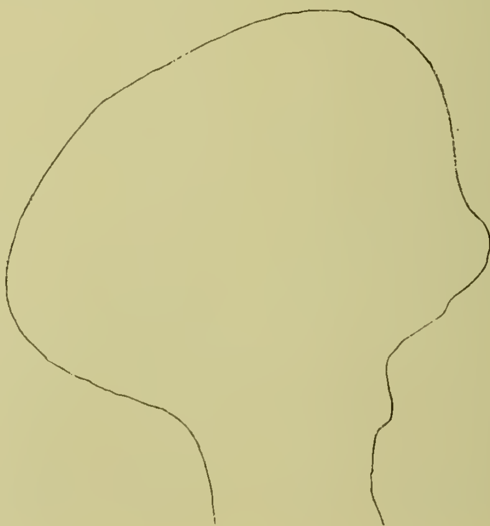
Il me reste encore à mentionner un autre mode de l'accouchement par le front, que j'ai observé à la clinique d'accouchement de Helsingfors.

Voici le cas :

J. O..., 23 ans, I pare, entre à la clinique d'accouchement le 18 mai 1892, à 8 h. 30 du matin. Bonne santé habituelle. Époque des dernières règles en septembre 1891; premiers mouvements du fœtus le 24 décembre 1891. Bassin normal. Début des douleurs le 18 mai, à 8 heures du matin. En examinant, on constate que la tête est en bas; le dos est dirigé à droite, petites parties à gauche.

A l'auscultation, on entend des bruits du cœur à droite et à gauche de l'ombilic. Au toucher, on trouve l'orifice externe dilaté à 1 centimètre, les bords mousses; des eaux sont écoulées. La tête est haute, mobile. On sent une suture dans le diamètre oblique gauche, mais on ne peut diagnostiquer de position. Le 19 mai, à 1 heure de l'après-midi, l'orifice est dilaté à 2 centimètres, les bords minces, la tête encore mobile, la grande fontanelle en arrière à droite, la racine du nez en avant à gauche. A 7 heures, une attaque éclamptique, chloroforme. A 7 h. 30, l'orifice dilaté à 4 centimètres, la tête dans l'exca-

vation pelvienne; on trouve la grande fontanelle à droite, le nez à gauche, la suture frontale parallèle au diamètre transverse. A 8 heures, le nez est à gauche, un peu en arrière, la suture frontale presque parallèle au diamètre oblique droit. A 8 h. 15, on applique le forceps entre le diamètre antéro-postérieur et le diamètre oblique droit. Traction, rotation, la cuillère gauche vient directement à gauche, la cuillère droite va directement à droite, les arcades sourcilières et la racine du nez tournent en avant, l'œil gauche se montre sous la symphyse. Le forceps élevé, la tête se dégage, les yeux, la racine du nez, le nez, la mâchoire supérieure et la lèvre supérieure de la bouche se montrent sous le pubis, le bord alvéolaire du maxillaire inférieur s'applique sous le bord inférieur de la symphyse et sert de point d'appui, le vertex et l'occiput se dégagent au-devant de la commissure antérieure du périnée par un mouvement de flexion de la tête. Cela fait, la tête s'abaisse et le reste du maxillaire inférieur, le menton, qui était resté immobile derrière le pubis, descend ensuite à 8 h. 35 de l'après-midi. L'enfant : poids 2,500 grammes, diamètre de la tête immédiatement et onze jours après la naissance : diamètre bipariétal 8,50 (9,50) centimètres; diamètre bitemporal 7,75 (8,5); diamètre occipito-frontal 12,5 (12); diamètre occipito-mental 11,75 (12,75); diamètre suboccipito-bregmatique 10,75 (10,50); diamètre faciale 10,25; resp. 10,50; la plus grande circonférence 34 (34).



Sur le bord alvéolaire du maxillaire inférieur une lésion de la peau. La configuration de la tête, frappante surtout quand on la compare à la forme qui existe dans la présentation du sommet ou de la face, est représentée dans le dessin.

La tête est comprimée vers la partie la plus basse, le front; le sommet s'aplatit, la fontanelle postérieure est repoussée en arrière et en bas, l'occiput est comprimé contre la nuque. L'allongement compensateur a lieu surtout dans la direction du front. La bouche est ouverte, le maxillaire inférieur rejetté.

Voilà un accouchement par le front, où le bord alvéolaire du maxillaire inférieur s'applique sous le bord inférieur de la symphyse et sert de point d'appui. La tête s'est dégagée suivant les diamètres mento-frontal, mento-bregmatique, mento-occipital.

Je n'ai trouvé dans la littérature obstétricale qu'une observation analogue; c'est la première observation dans la thèse du Dr Devars : « Étude clinique et expérimentale sur les présentations frontales et l'accouchement par le front ». Lyon, 1885.

UEBER LAPPENSPALTUNG BEI OPERATIVER BEHANDLUNG DES GEBÆRMUTTER-SCHEIDENVORFALLES (1)

By **Sænger** (Leipzig).

Als ich auf der Deutschen Naturforscherversammlung in Wiesbaden (1887) die Lappen-perineorrhaphie nach *Lawson Tait* beschrieb, war es *Hegar*, der u. A. den Einwand machte, dass die Operation ungenügend sei auch Prolapse der Scheide mit zu beseitigen, worauf ich entgegnete, dass, je nachdem, natürlich auch Uterus und Scheide besonderen plastischen Operationen zu unterwerfen seien. *Lawson Tait* ist jedoch der Meinung, dass die blosse Dammplastik genüge einen Vorfall zurück-

(1) Durch die Freundlichkeit des Herrn *Dr Jacobs* wurde mir die Gelegenheit geboten das Operationverfahren an einen mir zur Verfügung gestellten Falle in seiner Klinik zu demonstriren. War derselbe, als bereits ein Mal nach einer anderen Methode operirt, auch nicht besonders geeignet die volle Leistungsfähigkeit der Lappen-Kolporrhaphie zu zeigen, so genügte er vollkommen, um das Wesen derselben klar zu machen. Auch Herr *Dr Dorff* liess mich in seiner Klinik einen fast gleichartigen Fall voroperiren. Beiden Herrn Collegen sage ich hiemit verbindlichen Dank.

zuhalten, wofern nur der Damm unter Einbeziehung der Schaamlippen weit nach vorn, ja bis zur Urethralmündung verlängert und der Scheideneingang auf's Aüsserste verengt werde. So wie ich *Lawson Tait* auf dem Internat. Congress in Berlin die Lappen-perineorrhaphie ausführen sah, was genau der Beschreibung von *Macphatter* entspricht, muss ich sagen, dass das überhaupt mehr eine Episiorrhaphie als eine Perineorrhaphie war. Mag man hierbei den Damm künstlich noch so weit nach vorn verlängern, er bleibt von häutiger Dünne, er schrumpft, verkürzt sich und der nur einige Zeit weggetäuschte und weiter nicht angerührte Scheidenvorfall ist wieder da.

Wie es sich bei Operation von Vorfällen des Uterus und der Scheide überhaupt darum handelt möglichst alle hier vorhandenen Störungen : Retrodeviationen des Uterus, Cervixrisse, Endometritis, Metritis colli, Elongatio colli hypertrophica, etc., in *einer* Sitzung zu beseitigen, also die vollständige Wiederherstellung eines normalen « Sexualschlauches » zu erzielen, so habe ich von Anbeginn in Sinne des *Hegar'* schen Einwandes die nöthigen Operationen am Uterus und an der Scheide, letztere in Gestalt einer ovalären Elythrorrhaphia anterior und posterior mit der Lappen-perineorrhaphie combinirt. Handelte es sich um einen Vorfall ohne Dammriss, so operirte ich nach der classischen Methode von *Simon-Hegar* oder auch, in einer Reihe von Fällen, nach *Emmet*, dessen « insite operation » mich aber nicht recht befriedigte, besonders da sie sich nicht hoch genug in die Scheide hinauf erstreckt.

Je mehr ich nun erkannte, dass die Lappenspaltung (flap-splitting, Dédoublement), betrachtet als Anfrischung durch Zerlegung zweier dos-à-dos aneinandergrenzender Membranen in ihre Componenten, ein natürliches und äusserst fruchtbares Princip für plastische Operationen darstelle, welches überall Verwendung finden könne, wo zwei verschiedene Schleimhäute aneinandergrenzen, wie z. B. auch an der Portio vaginalis bei Cervixrissen, nachdem ich erkannt, dass die Lappenspaltung für die plastischen Operationen am Septum vesicovaginale und cervicale, am Septum recto-vaginale, insbesondere bei Fisteln und Defecten, geradezu das einzig natürliche Verfahren sei, so war ich bemüht es auch für die Vorfall-operationen ausgiebiger heranzuzichen.

An Stelle der isolirten Elythrorrhaphia posterior *plus* Perineorrhaphie wandte ich mich alsbald der schon in meiner ersten Arbeit über Lappen perineorrhaphie angeführten Operation von *A. R. Simpson* zu, welche sich als *Lappen-Kolpo-perineorrhaphie* bezeichnen lässt.

Die Art und Weise, wie ich selbst diese jetzt ausführe, ferner die

Methoden von *Stratz*, *von Grünewald*, *Zweifel* — nicht zu verwechseln mit der Perineoplastik dieses Autors bei vollständigen Dammrissen, welche eine vaginale Lappen-*transplantation* darstellt und von der Lappenspaltungs-perineoplastik überholt ist — sie sind nichts als Modificationen des *Simpson*'schen Verfahrens.

Frank beschrieb (Naturforschervers. in Wiesbaden 1887) ein Verfahren, wobei er nach bogenförmiger Spaltung des Dammes die ganze hintere Scheidenwand ablöste, um sie durch versenkte Catgutnähte wieder mit ihrer Unterlage zu vereinigen « und so der Scheide erhöhte Adhärenz an die Nachbarorgane zu geben ». Früher hatte er eine Methode befolgt, wobei die Scheide in der Mitte gespalten und Stücke ausgeshnitten wurden, welche also der *Simpson*' schen Methode nahe kam.

Zurückgreifend auf eine ähnliche schon von *Marion Sims* geübte Methode sucht *Winckel* das Princip der Lappen-Spaltung auf die vordere und hintere Kolporrhaphie in der Weise zu übertragen, dass er kein überschüssiges Gewebe fortnimmt, sondern es nur zusammenfaltet und versenkt, indem er schmale durch Spaltung und Unterminirung gewonnene Anfrischungsflächen in Form der *Hegar*'schen Kolporrhaphiefiguren über der inselförmig stehen bleibenden, nicht abgetragenen Schleimhaut der Scheide zusammenzieht. Man sollte denken, dass die überbrückte Scheidenschleimhaut fortfahren müsste ihre Epithelien abzustossen, so dass schliesslich bei Fortdauer von Desquamation und Secretion der eingeschlossenen Scheidenschleimhaut eine Art Retentionscyste entstünde, welche die ohnehin nicht sehr breite und nicht sehr feste Plastiknarbe wieder sprengt; doch versichert *Winckel*, dass, merkwürdig allerdings, eine Verwachsung zwischen den nicht angefrischten Schleimhautflächen zu Stande komme. Günstige Aüsserungen über *Winckel's* Operation liegen vor von *O. Schmidt* und *Köttschau* (Cöln). Ich selbst habe sie noch nicht versucht, da mich die eigenen Bestrebungen nach einer anderen Richtung drängten.

Man glaubt allgemein es gehöre zum Wesen der Lappen-spaltungsoperationen, dass keinerlei Gewebe weggeschnitten, « geopfert » werde, wie man sagt. Wenn aber ein entschiedener *Gewebsüberschuss* vorhanden ist, was dann?

Ich meine unter « Gewebsüberschuss » mit Hinblick auf die Verhältnisse bei Scheidenvorfällen, dass hier relativ grössere Schleimhautflächen vorliegen als bei nicht vorgefallener Scheide. Bei sehr grossen und sehr lange bestandenen Scheidenvorfällen mag ein durch Massenzunahme, durch Hypertrophie des Gewebes der Scheide

bedingter wirklicher Ueberschuss vorhanden sein, sonst handelt es sich meist, in evidentester Weise bei frischen Vorfällen von Nulliparen, um Ueberdehnung des Scheidengewebes, um nur *scheinbaren Gewebsüberschuss,* der nicht grösser zu sein braucht als bei einer überweiten, nicht vorgefallenen Scheide einer Multipara, da es eben nicht die Ueberweitung, sondern die Lockerung der Befestigungen von Uterus und Scheide ist, was den Vorfall ausmacht. Aber das Gewebe der Scheide nimmt bei Vorfällen doch *dauernd* eine grössere Fläche ein : sowenig ein überdehntes Gummiband je wieder die frühere Kürze wiedererlangen kann, so wenig können die ein Mal überdehnten elastischen Elemente der vorgefallenen Scheide nach deren Rückstülpung ihre frühere Kürze, ihren früheren Tonus voll wiedergewinnen. Auch die *Thure Brandt*'sche Behandlung von Vorfällen vermag dies nicht zuwegezubringen : sie wirkt auch nicht auf die Scheide selbst, sondern auf deren Befestigungen im Becken.

Wenn nun das überdehnte Gummiband doch auf seine frühere Kürze zurückgebracht werden soll, so bleibt nichts übrig als ein Stück auszuschneiden und es wieder zusammenzufügen, wenngleich es dadurch auch nicht so ausfällt wie vor der Ueberdehnung. Genau so wird verfahren bei der Prolaps-operation, wenn Stücke der Scheide ausgeschnitten und die Ränder wieder zusammengenäht werden.

Wer diese Wegnahme von Gewebe aber für das Wesen, für die Hauptsache der Prolaps-operation hielte, würde sehr irren. Die dadurch bewirkte künstliche Verengung der Scheide würde nicht hinreichen einen Wiedervorfall zu hindern, wenn es nicht durch die Anfrischung und Naht gleichzeitig zu einer dauernden *Fixation des Uterus und der Scheide innerhalb des Beckenbindegewebes und im Bereiche der peritonealen Befestigungen derselben käme.* Darum wirkt neben der künstlichen Verengung der Scheide, der Wiederherstellung oder Verstärkung des Dammes eine Amputatio port. vaginalis, eine Excisio colli alta, ferner die Antefixatio corp. Uteri vaginalis zusammen mit der Retrofixatio colli Uteri vaginalis fixirend auf das Beckenbauchfell, auf das Beckenbindegewebe und damit auf Uterus und Scheide selbst : Der Uterus wird in normaler Lage und normaler Höhe im Becken fixirt und nun bleibt der Vorfall dauernd geheilt.

Diese *Fixation* an sich ist gewiss wichtiger als die Wegnahme von Gewebe der Scheide. Darum glaubten auch Manche sie entbehren zu können, indem sie wie *Marion Sims, Winckel* die Scheide in Falten legten oder wie *Nussbaum* aus dem Gewebe der hinteren Scheidenwand einen Wulst (ein « fleischernes Pessar ») bildeten oder wie *Frank*

lediglich das Septum recto-vaginale aus einander trennten und durch versenkte Suturen wieder zusammennähten.

Zwischen den beiden Extremen der vollständigen Erhaltung des Scheidenschlauches und der vollständigen Entfernung desselben zugleich mit den Uterus, nach *Fritsch*, scheint mir die richtige Behandlung für die Mehrzahl der Prolapse in der Mitte zu liegen in Gestalt eines Verfahrens, *wobei man sowohl an der vorderen wie an der hinteren Scheidenwand sowie am Damme in einer den Verhältnissen angepassten Weise so viel Gewebe entfernen und noch über das Bereich des Weggenommenen hinaus durch Gewebsspaltung eine möglichst gründliche Verengung der Scheide, eine möglichst ausgiebige Fixation dieser sowie des Uterus zu erzielen vermag.* Die älteren Verfahren mit fester Umzeichnung der wegzunehmenden Gewebslappen können dieses Programm weniger gut erfüllen als die hierunter verstandene, gleich zu beschreibende *mediane Lappenspaltung beider Septa vaginae,* wobei es auch möglich ist unter der Operation selbst feiner zu individualisiren und eine natürliche concentrische Verengung der Scheide bei ausgiebigster Fixation derselben zu erzielen, vor Allem auch Cysto-und Rectocelen, diese Ärgernisse der bisherigen Methoden, viel gründlicher wegzuschaffen.

Nehmen wir einen Fall von *Prolapsus vaginae et Uteri II Grades* als Beispiel, so gestaltet sich die Operation, nach der Versorgung des Uterus (Abrasio mucosae, *Emmet*'sche Operation oder Lappen-trachelorrhaphie, Keil-excision oder Amputation der Portio vag. oder hohe Excisio colli nach *Simon-Kaltenbach,* Ante und Retrofixatio Uteri vaginalis) folgendermassen :

1. *Vordere Lappen-Kolporrhaphie.* Die vordere Scheidenwand wird durch Zug an der Portio vag. in sagittaler Richtung gestreckt, in frontaler durch Einsetzen von je 1 oder 2 Mäusebisszangen beiderseits so weit als angänglich nach aussen gespannt. Diese Zangen sind vorn eingebogen, besitzen 2-3 tiefe Zacken wie eine Hackenpincette und einen Cremaillèreschluss; sie halten absolut fest, ohne blutende Wunden zu setzen, während z. B. die Kugelzangen dies thun und häufig ausreissen. Hinter der Caruncula urethrae findet sich fast constant eine Falte, öfters eine Doppelfalte der Scheide, bedingt durch straffere Befestigung am Arcus pubis. Hier ist das vordere Paar der Mäusebisszangen einzusetzen um den Grund der Falten vorzuziehen. Nun macht man mit dem Messer einen Längsschnitt von der Caruncula urethrae bis nahe an die Portio vaginalis, doch nicht bis in diese selbst. Man unterminirt den Wundrand zunächst nach links auf einige Millimeter, um 2-4 oder mehr Klemmpincetten an diesen ansetzen zu können. Indem diese angespannt werden, löst

man dann die Scheide theils mit Messer oder Scheere, theils stumpf als Lappen von der Blase ab. Ebenso verfährt man auf der anderen Seite. (S. Fig. 1.)

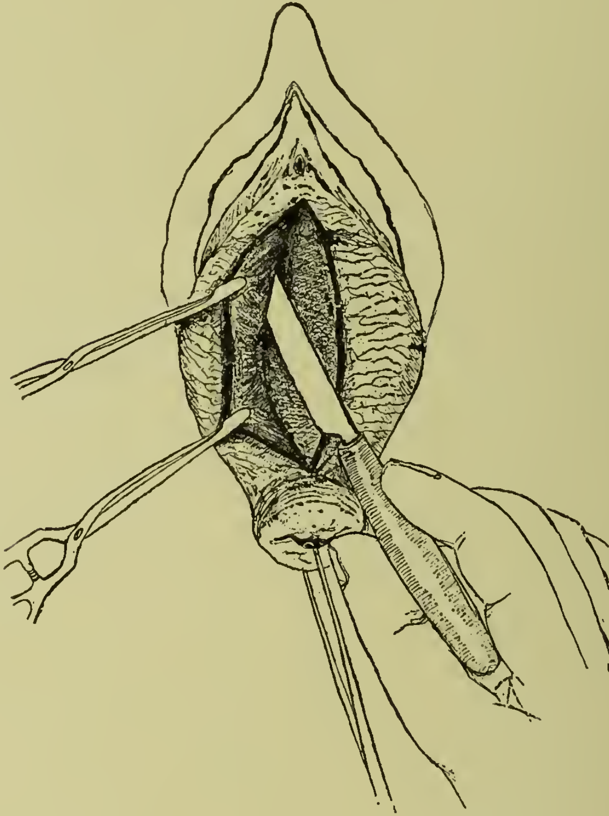


Fig. 1.

Besteht nun ein grösserer Cystocelen-sack, so trennt man ihn in seinem ganzen Bereich von den Scheide los. Diese ist nun beiderseits in Gestalt von 2 breiten Lappen abgelöst (S. Fig. 2). Indem man die Scheide etwas reinvertirt, zieht man die Lappen mit ihrer Basis gegeneinander und prüft, in wie weit sie sich ohne Spannung an dieser vereinigen lassen. Nun schneidet man mit ein paar Scheerenschlägen beiderseits die Scheidenlappen ab, doch so, dass die

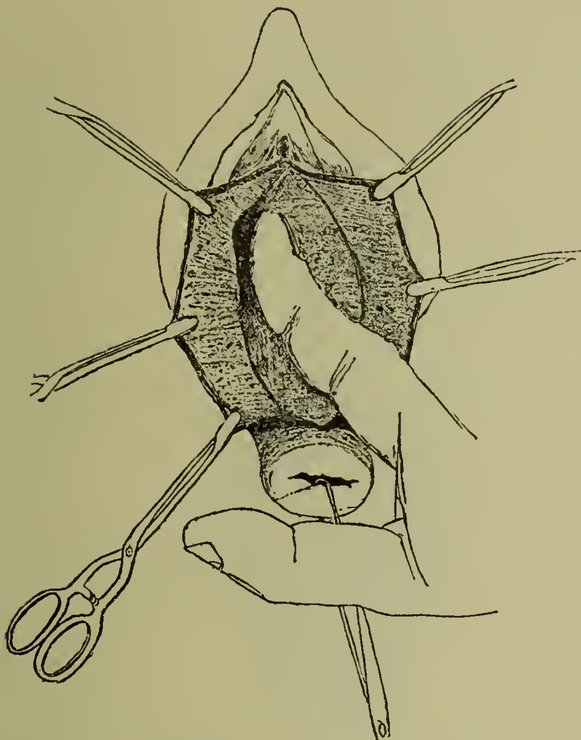


Fig. 2.

Lappen-unterminirung ringsherum noch mindestens 1 cm. weiter reicht (S. Fig. 3). Die Anfrischung nimmt sich jetzt ganz ähnlich aus wie bei einer Kolporrhaphie mit Umschneidung eines inselförmigen Lappens : es besteht aber ein wesentlicher Unterschied nicht nur in ihrer Herstellung, sondern auch in ihrer weit grösseren Ausdehnung über die Ränder der abgeschnittenen Lappen hinaus. Namentlich im vorderen Scheidengewölbe um die Portio herum soll sich eine breite Ablösungszone unter den Lappenrändern hinziehen. Die gesammte Anfrischung erhält so ungefähr die Umrisse eines *Artischokenblattes*, mit der Spitze hinter der Urethra, dem breiten bogenförmigen Ende vor der Portio. Spritzende Gefässe werden, sofern Abklemmung die Blutung nicht vollständig sistirte, durch Umstechung, nicht durch Unterbindung, weil dabei die Fadenschleifen meist wieder abgleiten

verschlossen. Als Ligatur-und Nahtmaterial wird nur *gedrehte Seide* (1), allenfalls noch für tiefe Suturen Silkwormgut verwendet. Die tiefen Nähte müssen sorgfältig hinter den Ecken der Anfrischung unterhalb der Lappenränder weggeführt werden, über die offene Anfrischung

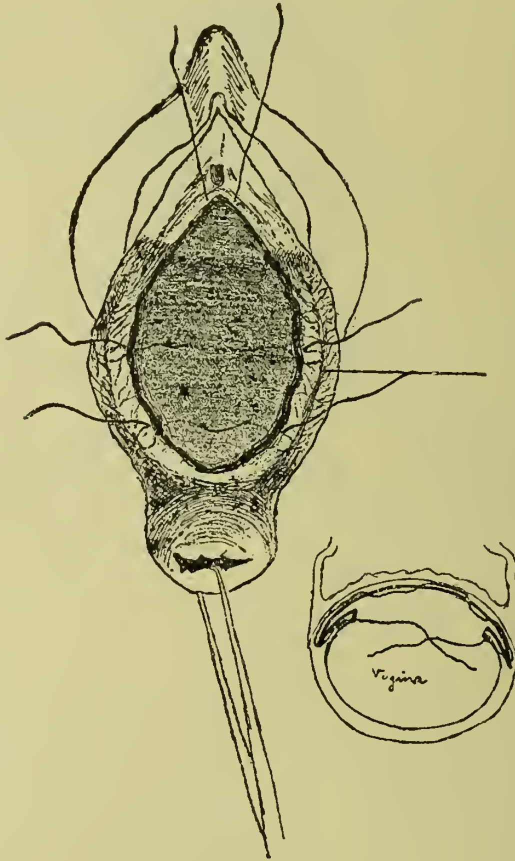


Fig. 3.

(1) Hier will ich einen kleinen Kniff angeben, wodurch das *Einfädeln von Seidenfäden* erleichtert und abgekürzt werden kann. Man schneidet die Fäden nicht durch, sondern brennt sie über einer Spiritusflamme *langsam* durch: die Spitzen der Fäden verkohlen, werden fest, starr und lassen sich so in einem Augenblick durch die Nadelösen ziehen.

weg können sie auch « springen » d. h. bald in das Gewebe eintauchen, bald dasselbe frei kreuzen, so dass die Wunde in Falten gelegt wird. Ist diese sehr breit, kann man auch einige versenkte Seidennähte legen. Ich steche stets ganz nahe am Wundrande ein und aus, halte es überhaupt, gleichviel was und wo man näht, für unrichtig und unzweckmässig viel nicht betheiligtes Gewebe breit mitzufassen, wodurch dieses zusammengeschnürt und anämisirt wird. Vor Allem aber legen sich beim Nähen dicht am Wundrande, ja ganz an dessen Kante, die beiden Ränder der Wunde ohne jede Nachhülfe genau aneinander. Um diesen Vortheil noch mehr zu sichern, wende ich bei plastischen Operationen, und besonders hier, eine Nahtweise an, die ich als *Unterstechungsnaht* bezeichne : bei der gewöhnlichen Naht wird der Faden etwas nach Aussen vom Wundrand ein-, unter der Wunde weg und ebenso auf der anderen Seite wieder ausgeführt (S. Fig. 4). Bei der Unterstechungsnaht, die eine Art umgekehrte

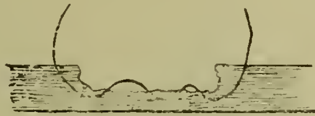


Fig. 4.

Lembert'sche Naht darstellt, wird etwas nach Aussen vom Wundrand ein und genau an diesem gleich wieder ausgestochen, dann erst taucht die Nadel wieder in die Wunde ein, um den entgegengesetzten Wundrand ebenso, d. h. von Aussen nach Innen, zu durchstechen. (S. Fig. 5.) Mit wippender Nadelführung lässt es sich dabei ebenso



Fig. 5.

rasch nähen wie gewöhnlich und merkt der nicht darauf aufmerksam gemachte Zuschauer oft gar nicht, dass an der Nähweise etwas besonderes sei. Es genügt, wenn über dem Faden nur ein Hauch

von Wundgewebe sitzt. Derartig genähte Wunden geben an Scheide und Damm *vollständig narbenlose* Heilungen.

2. Es folgt nun die *hintere Lappen-Kolporrhaphie* zusammen mit der Perineorrhaphie als *Lappen-Kolpo-Perineorrhaphie*. In den Mastdarm kommt ein angeseilter Wattetampon. Scheidengewölbe und hintere Scheidenwand werden wie bei der *Hegar'* schen triangulären Anfrischung mit Kugel-und Mäusebisszangen ausgespannt. Der vorher mit Gaze umwickelte und in den Mastdarm eingeführte Zeigefinger der linken Hand drängt Scheide und Damm stark vor, wobei letzterer in die Quere gezogen wird. Mit einer spitzen Kniescheere wird nun die ganze hintere Scheidenwand aufgeschlitzt, sodann die letztere durch einen halbkreisförmigen etwas über die Labio-nymphalgrenze hinaufreichenden Schnitt vom Damm abgetrennt: beide Schnitte haben zusammen die Form eines Ankers. (S. Fig. 6.)

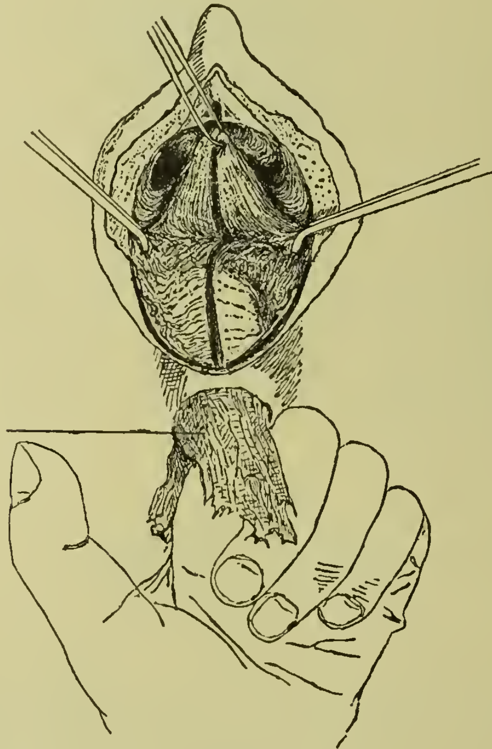


Fig. 6.

An die Wundränder der aufgeschlitzten Scheide werden beiderseits, je nach deren Länge je 4-6 Klemmpincetten angehängt. Wo der bogenförmige Dammschnitt mit dem Scheidenschnitt zusammentrifft, bilden sich zwei Lappen-spitzen, welche durch Klemmen markirt werden. Durch blossen Zug an den Koeberle's lässt sich nun, unter Nachhülfe des Fingers, in Nu die hintere Scheidenwand vom Mastdarm und Douglas-peritoneum stumpf ablösen; im unteren Drittel der Scheide muss aber die Lappen-unterminirung mit Scheere oder Messer vorgenommen werden. Dieselbe wird bis zu den Endpunkten des Dammbogenschnittes fortgesetzt. Ist eine Rectocele vorhanden, so wird deren Sack förmlich von der Scheide abgeschält. (S. Fig 7.) Schliesslich werden die zwei langgestreckte, ungleichmässige Dreiecke bildenden Scheidenlappen im

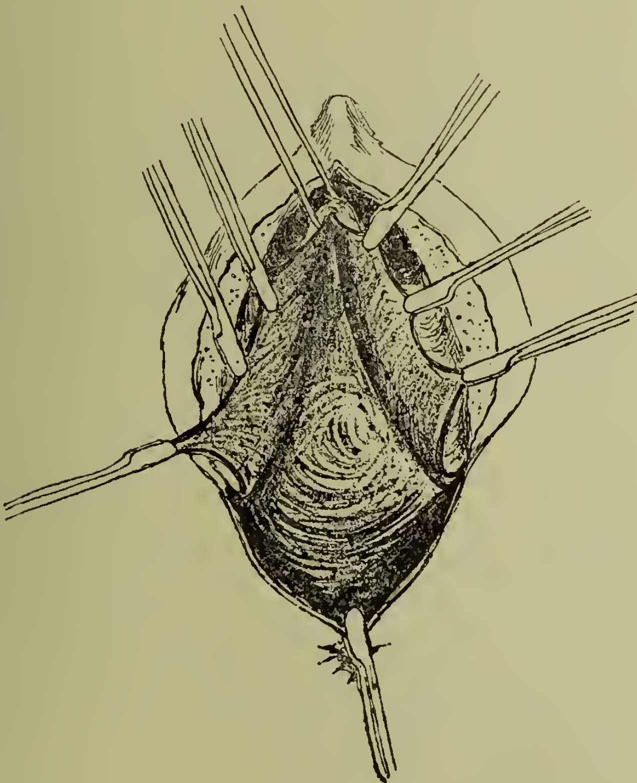


Fig. 7.

unteren Drittel der Scheide breiter (beiderseits je 2-3 cm.) weiter nach aufwärts schmäler (1-2 cm.) resecirt, wiederum so, dass unterhalb der gekürzten Lappenränder nach allen Seiten die Unterminirung noch ca. 1 cm. weiter geht, noch etwas breiter im Scheidengewölbe. Sofort nach der Resection werden die Spitzen des Scheidendammlappens beiderseits wieder durch Kœberle's markirt. Bei der nun folgenden Naht werden bis kurz vor diesen spitzen Zipfeln die Ränder der resecirten Scheidenlappen mit dem Douglas und Rectum vernäht, von da ab werden nur die Ränder der Scheidenlappen für sich vereinigt, wodurch die neugebildete hintere Scheidenwand nach Vorn gehoben wird. Es ist dies ein sehr wichtiger Punkt der Operation : würde man die Scheiden-lappen noch weiter mit ihrer rectalen und recto-perinealen Unterlage vernähen, so erhielte man eine schmale, übermässig breit gezogene Wunde, aus der sich weder ein normaler Damm noch eine nach Vorn verlaufende und der vorderen Scheidenwand parallele hintere Scheidenwand herstellen liesse.

Die Damm-Schaamlippenwunde erscheint nun gewöhnlich halbmondförmig und bildet häufig hinter der Haut des Dammes eine Bucht: dann muss diese durch Einschneiden der Dammhaut in der Mittellinie freigelegt werden, wodurch die Dammwunde eine mehr V — förmige Gestalt bekommt. Die Dammnähte werden erst gelegt, nachdem die Scheide vollendet ist. Dabei hat man folgenden wichtigen Punkt zu beachten : sowie eine Scheidennaht geknüpft ist, lässt man den Faden los, so dass die genähte Partie zurücksinken kann. Dergestalt wird die wunde Unterseite der für sich vereinigten Scheide zugleich oberer Abschnitt des Dammes, wie man daran erkennt, dass die Fadenschleifen der Scheidennähte sich in der Mittellinie durch eine Einziehung markiren. Die letzten Fäden zwischen Labio-nymphalgrenze resp.-ecke und Scheide sollen die Commissura labiorum bilden : sie werden eingelegt, aber erst nach Schluss der Dammnähte geknotet. Zu letzteren wird meist *Silberdraht* benutzt. Ist die Dammwunde flach, so kann man mit *Peaslee*' s Nadel nähen, ist sie tiefer mit gewöhnlichen halbkreisförmigen Nadeln. Das Zudrehen der Silberdrähte wird mit den Fingern besorgt. Die Spitzen der etwa 2 cm. lang gelassenen Drahtenden werden durch zugedrückte Bleikugeln abgestumpft. Klaffende Stellen werden nicht geduldet, sondern, wenn nöthig, zwischen den Silber- drahtnähten noch Nähte mit feiner Seide (als Unterstechungsnähte) gelegt.

Neuerdings habe ich den Damm auch durch Seiden-Etagennähte geschlossen und gleichfalls schöne Heilungen erzielt.

Einige Worte noch über *Vorfälle ohne Dammriss*, sowie über *Vorfälle mit vollständiger Umstülpung der Scheide.*

Ein hochgradig ausgedehnter, schlaffer Beckenboden ist gleichsam kein Damm mehr : Muskeln und Fascien sind in die Quere gezogen, verdünnt, atrophisch; dass sie von Schleimhaut und äusserer Haut überkleidet sind, macht den einzigen Unterschied aus von einem Dammriss zweiten, oder zweiten bis dritten Grades. Unter der Operation verschwindet fast jeglicher Unterschied : kaum dass man an dem in die Quere gespreizten Damm noch die Commissura labiorum erkennt; hat man gar Scheide und Damm durch Längsschnitt gespalten, so erstaunt man immer wieder, wie dünn der Dammkörper ist, er erscheint kaum mehr denn als häutiger Abschluss des Septum recto-vaginale.

In solchen Fällen reicht die Längsspaltung durch Scheide und Damm daher gleichfalls bis zum Sphincter ani, beide oberflächlichen Fascien werden durchtrennt, durch die seitlichen Schnitte die übrigen Dammgebilde aufgeschlitzt. Die gerade hier ausgiebig zu übende Resection der beiden Schamlippen-Damm-Scheidenlappen, wobei nur überschüssige Haut und Schleimhaut entfernt wird, schafft dann gegenüber der einfachen Anfrischungs-Kolpo-perineorrhaphie eine enge und straffe Scheide, einen festen und dicken Damm unter voller Wahrung normaler Formen.

Bei einem *Vorfall mit vollständiger Umstülpung der Scheide* hat man den grossen Vortheil die Lappenspaltung ganz und gar ausserhalb des Beckens und mit genauester Abgrenzung von den stehen bleibenden seitlichen Abschnitten der Scheide vornehmen zu können. Die fast immer nöthige hohe Excisio colli Uteri (bis auf 7 cm. Höhe und mehr) wird unter künstlicher Blutleere (Umschnürung mit Gummischlauch) vorgenommen. Legt man dabei die seitlichen Nähte nach *Kaltenbach* rechtwinklig zu den längsverlaufenden Hauptgefässen, so kommt nach Abnahme des Schlauches kaum Blut zum Vorschein. Sämmtliche Nähte müssen hinter den Wundflächen liegen, weil sich sonst leicht Hämatome bilden Wenn auch *Rokitansky* gezeigt hat, dass schon die blosse dauernde Reposition des elongirten Uterus genügt, um die Verlängerung fast zu beseitigen, so geschieht dies doch nicht vollständig. Vor Allem aber soll, wie schon ausgeführt wurde, die circuläre Ausschneidung des Collum eine Fixation des Uterus in normaler Höhenlage bewirken. Neuerdings pflege ich der Excisio colli auch noch die *Retrofixatio colli Uteri* in der von mir beschriebenen einfachen Technik (S. Centralbl. f. Gyn. 1891. N°. 44 S. 889) hinzuzufügen auch wenn keine Retrodeviation bestand. In 2 so behandelten Vorfällen bei jungen Mädchen wurde damit dauernde Hochlagerung des Uterus erzielt. Zur Naht kann man bei Excisio

colli Catgut verwenden, doch hat, wie ich zeigen werde, die spätere Entfernung von Seidenfäden keine Schwierigkeiten. Ich ziehe auch hier Seide vor, da die Heilung ohne Wiederaufklaffen der Wunden vor sich geht und die innere Fixation eine festere wird.

Die umgestülpte Scheide wird nun folgendermassen vorgenommen: zuerst Lappenspaltung der vorderen Scheidenwand und Blutstillung, dann Lappenspaltung der hinteren Scheidenwand und Blutstillung: so lässt sich leicht und genau bemessen, wie viel von der seitlichen Scheidenwand in Gestalt zweier paralleler Längsstreifen (von 2-3 cm. Breite) stehen bleiben kann. (S. Fig. 8.) Nun folgt die Resection

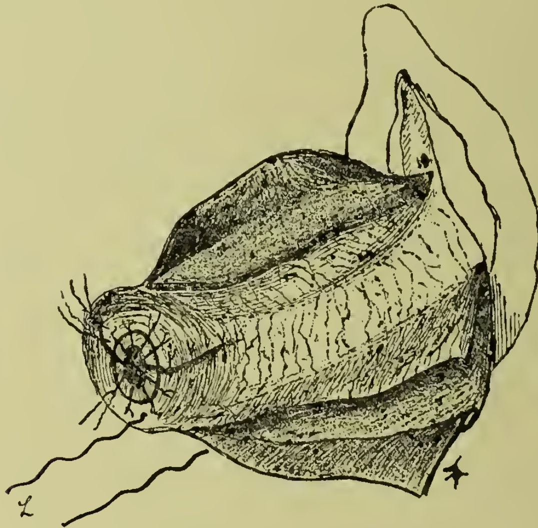


Fig. 8.

der vorderen Scheidenlappen sowie die Durchlegung der tiefen Nahtfäden, welche aber noch nicht geknüpft werden; hierauf Resection der hinteren Scheidenlappen und Durchlegung der Nahtfäden im oberen Drittel der hinteren Scheidenwand. Nun Reinversion der Scheide und Knüpfung der Fäden, erst vorn, dann hinten, oder auch abwechselnd vorn und hinten. Die nöthigen oberflächlichen Fäden werden in situ eingelegt. Weiter nach Unten gekommen vollendet man erst die Naht der vorderen Lappen-Kolporrhaphie, dann die der Kolpo- perineorrhaphie.

Will man noch die Retrofixatio colli Uteri vornehmen, so müssen die beiden Ligaturen nach der Lappenspaltung eingelegt und mit Beginn der Fadenknüpfung geknotet werden.

So wie es bisher bei der vollständigen Inversio vaginae üblich war, erst die vordere Kolporrhaphie zu vollenden, dann zu Kolporrhaphia posterior überzugehen und die Fäden bei nicht reïnvertirter Scheide, also gerade in der Prolapslage, zu knoten — das ist sicherlich falsch : anscheinend ist dabei gewöhnlich starke Spannung der Fadenschleifen vorhanden, während sich nach der Reïnversion haüfig zeigt, dass sie zu locker sitzen.

Wenn nun die Wunden am Uterus, an der Scheide, am Damm bei aseptischer Ausführung der Operation ohne Weiteres der Heilung überlassen werden können, so möchte ich doch das *Iodoform* nicht missen. Ich blase es in geringer Menge gegen die Portio, gegen die vordere und hintere Scheidenwunde an, letzteres vor Beendigung der Operation, welche fast immer ohne Irrigation, nur mit Benützung von losen Bäuschen aseptischer (im Dampf sterilisirter) Gaze als Tupfer ausgeführt wird, und schiebe in die Scheide einen angeseilten Streifen Iodoformgaze, welcher als Drain wirkend die Wundsecrete herausleiten soll. Gegen die Dammwunde wird Iodoformgaze, sodann reichlich Holzwollewatte vorgelegt.

Die *Gesammt-operation* dauert lange, 1 - 1 1/2 Stunden und länger, besonders wenn auch am Uterus zu operiren war. Gleichwohl sind die Nachwirkungen des Eingriffes gering, wenn die bekannten drei Erfordernisse eingehalten wurden : *strenge Asepsis*, *Blutersparung*, *Abkürzung der Narkose*. Was letztere angeht, so wurde in fast allen Fällen bis zum Beginn der Kolpo-perineorrhaphie ohne Narkose operirt. Operationen am Uterus und an der Scheide sind so gut wie schmerzlos, daher die grossartigen Erfolge mit Cocain und Hypnose! Bei ängstlichen Personen, die das durchaus nicht glauben wollen, genügt meist eine *Schein-Narcose* : bei voller Stille der Umgebung verfährt man ganz so, als ob wirklich narkotisirt würde ; in den Apparat kommen aber nur etliche Tropfen Chloroform oder Aether. Zur Chloroform-Narkose eignet sich am besten der *Kappeler'* sche Apparat, der die feinste Dosirung unter einem Minimum von Chloroformverbrauch zulässt (10, höchstens 20 g.). Auch mit der Aether-Narcose war ich sehr zufrieden : der Uebergang aus dem wachen in den betäubten Zustand erfolgt meist rascher als bei Chloroform und ohne dass man als Operateur durch ein Excitationsstadium gestört wird.

Die *Nachbehandlung* gestaltet sich sehr einfach. 5 Tage lang wird

täglich 2 Mal catheterisirt und nur hiebei der Verband gewechselt (Anblasen von Iodoform, frische Gaze und Holzwollewatte); von da ab alle 2-3 Tage Stuhlgang herbeigeführt, der Damm aber nur abgespühlt, wofern er dabei verunreinigt wurde; die Gaze aus der Scheide am 7. Tag entfernt, wofern T.-steigerung eintrat, früher. Am 7-8 Tag Herausnahme der oberflächlichen, am 10-12. Tag der tiefen Damm-und Schamlippennähte; Entlassung durchschnittlich am 14. Tag p. o. unter Anweisung täglich 2 Scheidenausspühlungen vorzunehmen, sowie sich in 4 Wochen zur Entfernung der inneren Seidenfäden wieder vorzustellen.

Diese *Entfernung von Seidenfäden aus Uterus und Scheide* hört man von den Catgut-anhängern immer als eine so schwierige Sache darstellen, dass sie sogar zur Motivirung der Bevorzugung dieses Materials herangezogen wird, obgleich Catgut *allein* keine *sichere* Vereinigung der Wunden, vor Allem aber keine so feste Fixation von Uterus und Scheide leistet. *v. Ott* gab ein Verfahren an die Seidenfadenschleifen auf galvanokaustischem Wege zu entfernen : bei der Operation wird in die Schleifen ein Platindraht eingeschlossen, der später zum Erglühen gebracht werden und so die Schleifen durchbrennen soll.

Schon bei der Naht muss Einem aber dieser Platindraht fortwährend im Wege sein; die Seidenfäden müssen lang bleiben und hängen büschelförmig zur Scheide heraus; das Durchbrennen kann versagen oder auch die Scheide noch ansengen. Ich benutze zur Entfernung der inneren Fäden, die ich gewöhnlich allein und in der Sprechstunde vornehme, ein *Neugebauer*'sches Speculum, kleinste Nummer; 2 lange, schmale *Koeberle*'sche Klemmpincetten und eine lange doppelgelenkige Kreuzschnabelscheere. Ich kaufte letztere einst bei *Maw and Tompson* in London und weiss nicht, wer sie erfunden hat. Um Fadenschleifen durchzutrennen, oder Cervixpolypen abzutragen u. dgl. bedarf diese Scheere einer so geringen Excursion, dass man sie sogar in einem ganz engen *Fergusson*-Speculum gebrauchen kann.

Behufs Herausnahme der Fäden an der vorderen Scheidenwand wird nur das hintere Blatt des *Neugebauer*-Speculum eingeführt, man übersieht dann die erstere zu etwa 2/3. Nun fasst man die Enden der *obersten* Fadenschleife mit dem *Koeberlé* und klemmt sie ab. Indem man leicht an ihr zieht, werden auch die Fäden des letzten Drittels der Scheide sichtbar und klemmt man nun mit dem zweiten *Koeberlé* den allerobersten Faden ab, der zweitoberste Faden wird dann mit der ersten *Koeberlé*-pincette gefasst und, indem so eine Pincette immer die andere ablöst (klettert), kann man Faden für Faden durchschnei

den. In dem für das Auge frei daliegenden Abschnitt der Scheide genügt natürlich nur *eine* Klemmpincette. Behufs Entfernung der Fäden aus der hinteren Scheidenwand wird das vordere Blatt des *Neugebauer*' schen Speculum eingesetzt, sonst ebenso verfahren; zur Entfernung der Fäden aus dem Uterus werden beide Blätter eingeführt. Niemals habe ich auch nur die geringste Verletzung des Dammes hiebei beobachtet. Die ganze Procedur ist auch völlig schmerzlos. Wer sich freilich, wie ich das gesehen, mit einem *Fergusson*-Speculum, einer anatomischen Pincette und einer gewöhnlichen Scheere abquält, der wird die Entfernung der inneren Seidenfäden für eine sehr mühselige Sache erklären.

Bezüglich der *Resultate* meines Verfahrens kann ich nur versichern, dass sie wesentlich besser sind als ich sie von früheren Methoden gesehen habe, wo namentlich Cysto-und Rectocelen sich häufig bald als unbeseitigt erwiesen. denn « Prolaps-recidive » sind im Grunde nichts anderes denn ungeheilte Prolapse. Wenn das ganze Scheidengewölbe, das pericervicale Bindegewebe, die ganze Scheide bis auf zwei laterale Streifen, der ganze Damm in das Bereich der Wundmachung (Anfrischung) einbezogen wird, so hat man offenbar die Grenzen erreicht, welche einer dabei immer noch conservativen plastischen Prolaps-Operation gezogen sind.

Gar mancher Prolapsfall wurde so durch eine plastische Operation geheilt, wo sonst nur ein radicales Vorgehen : vaginale Totalextirpation des Uterus mit Exstirpation der Scheide. oder die Ventrofixatio Uteri oder die intraperitoneale Retrofixatio colli mit Verödung des Douglas nach W. *A. Freund* helfen konnte.

(Die zur Erlaüterung der geschilderten Operationen entworfenen Zeichnungen werden in einer grösseren Arbeit über « Lappenoperationen » vollständig veröffentlicht werden).

DE L'INTERVENTION DE LA CHIRURGIE DANS LA GYNÉCOLOGIE MODERNE

par le Dr **F. de Cortejarena** (Madrid).

I.

Les congrès scientifiques sont à présent de véritables assemblées qui établissent les lois des connaissances de chaque science, dans un certain moment. C'est pour cela que je crois un devoir de tous les

médecins d'apporter à ces assemblées le fruit de leur expérience, de nous exprimer leur opinion à l'égard des transformations qui se sont opérées dans la pratique, pour faire un corps de doctrine représentant l'état des connaissances dans une époque déterminée.

La médecine est précisément une desparties du savoir humain, qui, par le travail d'investigation continue, nous fournit chaque jour de nouveaux développements, qu'on ne peut justifier qu'après une longue expérience. Cela nous explique la fréquence de ces congrès, d'où l'on tire toujours de grands enseignements.

En m'adressant aujourd'hui au Congrès Gynécologique de Bruxelles, je crois devoir appeler l'attention de cet illustre conclave sur une question très importante : *l'influence que dans ces dernières années a excercé la chirurgie opératoire sur la gynécologie,* contribuant à son progrès, mais arrivant à un tel point, qu'une réaction commence à s'opérer contre des exagérations déterminées.

Le besoin de diviser et subdiviser la science médicale, à cause de l'impossiblité de l'étudier toute ensemble, a écarté notre attention des connaissances fondamentales de la médecine, ce qui a fait que dans la pratique d'une spécialité on n'a étudié que l'organe malade, faisant abstraction de l'organisme en général et de ses lois. Le gynécologue, ainsi que l'ophthalmologue ou le dermatologue, ont oublié qu'avant d'être spécialistes il faut être médecins et chirurgiens : que la connaissance et la pratique d'une spécialité ne sont point l'affaire d'un moment, qu'il faut connaître à fond la science générale pour en faire application à une spécialité.

La gynécologie est, parmi toutes les spécialités, celle qui peut mieux nous démontrer l'assertion que je viens d'établir, car le traitement des maladies de la femme est médical et chirurgical, et très souvent toutes les deux choses à la fois, et des exagérations s'originent si nous mettons de côté l'un ou l'autre moyen curatif. Voilà ce qui arrive à présent, qu'on a livré la pathologie de la femme à la chirurgie opératoire, grâce à la séparation de l'étude de la physiogie et de la pathologie de la femme, en faisant deux branches séparées, l'obstétrique et les maladies des femmes ; c'est-à-dire, qu'on a voulu juger de la pathologie, sans bien connaître la physiologie, avec une circonstance particulière : que la plus grande majorité de leurs infirmités se développent à la suite des fonctions physiologiqeus spéciales, et c'est pour cela qu'on a appliqué à la physiologie les principes qui regardent la pathologie. En Espagne, nous ne pouvons pas être accusés de cette faute, parce que depuis longtemps (l'an 1827) on a étudié dans les falcultés : premièrement la physiologie de la femme

ou *obstétrique,* et puis ensuite la pathologie ou *gynécopathie,* formant ces deux sections le cours de *gynécologie.*

Après ces légères observations, je me propose de faire remarquer ce que je prends comme une exagération : l'emploi exclusif de moyens tout à fait chirurgicaux dans le traitement des maladies de l'appareil générateur de la femme, pour lesquelles on fait tous les jours de certaines opérations dont je dirai quelques mots pour appeler l'attention de mes chers confrères dans ce Congrès.

Je parlerai donc du *cathétérisme utérin, du raclage de la matrice, de l'extirpation de l'utérus et de la castration chez la femme.*

II.

GATHÉTÉRISME UTÉRIN.

Je trouve très bizarre que dans les temps modernes, où l'on a fait de si grands progrès dans les moyens exploratoires pour le diagnostic des maladies de la femme, on soit forcé de parler de l'abus du cathétérisme utérin, autrefois si étendu par les indications de Simpson et de Kiwist ; mais il est très certain que l'on introduit très souvent la sonde dans l'utérus, comme moyen préféré de diagnostic.

D'accord avec un grand nombre de gynécologues, je ne puis voir sans dangers le cathétérisme utérin, quoiqu'on dise qu'employé par des mains adroites il soit un moyen innocent, car l'introduction de l'instrument est difficile, et presque toujours elle est suivie de douleurs et de phénomènes les plus graves, comme des vomissements, des accès hystériques et des hémorragies, qui nous indiquent qu'on ne saurait employer ce moyen d'exploration que très rarement, et que si on ne peut s'en passer, il vaudrait mieux essayer la susceptibilité des malades en opposition à l'insensibilité, d'autres fois très peu prononcée.

On trouve ces difficultés et ces accidents plus facilement dans les maladies les plus fréquentes, et dans lesquelles on a appelé au cathétérisme, telles que les inflammations chroniques du parenchyme ou de la muqueuse. Du moment qu'un jeune gynécologue aperçoit une métrite avec le spéculum, il introdruit la sonde pour vérifier la plus ou moins grande dilatation du diamètre longitudinal de l'utérus, la prominence des plis transversaux de la muqueuse ou les changements dans la direction et la mobilité de l'organe. Avec cette exploration, il arrive le phénomène curieux que l'orifice supérieur étant très rétréci

à cause de l'hypertrophie inflammatoire des tissus, l'introduction de l'instrument est plus difficile, et les dérangements seront plus grands par l'action d'un corps étranger sur une muqueuse inflammée; les hémorragies, petites ou grandes, seront aussi très faciles à cause du ramollissement de la muqueuse malade, et d'ailleurs, si avec le cathétérisme nous voulons connaître la plus grande profondeur ou la dilatation de l'utérus, s'il n'y a pas cette dilatation, malgré cela il peut exister une métrite ou péri-métrite, et alors nous aurons produit des dérangements et des phénomènes quelquefois graves, sans aucun résultat pour le diagnostic, et avec de fâcheuses conséquences pour les malades, comme j'ai eu l'occasion de l'observer dans une femme de 18 ans, dans laquelle une simple métrite catarrhale devint une inflammation du parenchyme et de la muqueuse du corps de la matrice, qui lui produisirent de fortes souffrances.

Même dans les cas les plus indiqués pour le cathétérisme, on ne saurait l'employer qu'avec une grande circonspection dans la proximité de la menstruation. et dans la plus légère supposition d'une grossesse. Attendu les difficultés du diagnostic au commencement de la grossesse, je crois qu'on pourra provoquer un avortement ovulaire, et peut-être, les métrorhragies qui surviennent très souvent ne sont qu'un vrai avortement.

Enfin, un moyen d'exploration qui expose à de grands malaises et même à des dangers, et qui ne nous donne qu'une faible lumière, ne peut-être employé avec indifférence ni être généralisé.

Ainsi, si nous pouvons obtenir presque les mêmes résultats avec les moyens perfectionnés d'exploration combinée, il n'y a pas de raison pour l'emploi du cathétérisme, qui devra être réservé ponr quelques cas très spéciaux.

III.

RACLAGE UTÉRIN.

Le raclage utérin est un moyen chirurgical d'une grande importance actuelle, et avec plus ou moins de préférence on l'a pratiqué depuis les temps de Recamier, qui fut l'auteur de la petite cuillère pour détruire les excroissances fongueuses à l'intérieur de la matrice. Ce moyen n'obtint pas un grand succès, et fut presque oublié à cause des accidents qu'il produisait.

A présent la raclage est très généralisé, et quelques praticiens

l'aiment mieux que la dilatation progressive du col utérin, que l'application de substances médicamenteuses, comme moyens d'une plus facile application et de résultats plus constants, et encore, pour analyser au microscope les morceaux de muqueuse extirpée.

La persistance que l'on observe quelquefois dans les inflammations chroniques de la matrice, malgré les traitements employés et même les plus forts caustiques, et les récidives de l'infirmité ont décidé quelques gynécologues à détruire la muqueuse pour attaquer le siège du mal et en éviter la reproduction.

Ce traitement énergique devait naturellement produire des doutes et des craintes, et l'on a dit qu'il était contraire à la conception, à cause des cicatrices, des blessures produites sur la muqueuse, qui empêchent l'ovule d'être imprégné; mais on a répondu qu'on ne détruit pas la muqueuse dans toute son épaisseur, qu'il y reste des culs-de-sac glandulaires, que la membrane se reproduit, et l'on fait des statistiques pour démontrer la possibilité de la conception, quoiqu'il ne soit pas encore le temps de résoudre.

On a aussi abusé de cette pratique, utile lorsqu'elle est bien indiquée : mais sans la combattre aussi énergiquement que MM. Aran et Becquerel, il faut reconnaître ses contre-indications, ses dangers, et qu'elle ne produit pas toujours les effets qu'on en espérait, et par conséquent, qu'elle ne doit pas être pratiquée dans tous les cas.

On exagère aussi le traitement chirurgical des métrites chroniques, la catarrhale spécialement, et l'on oublie que c'est une maladie d'une très longue durée parce que, comme il arrive dans la plupart des maladies utérines, on ne l'aperçoit que longtemps après qu'elle existait ; parce que la matrice ne jouit pas de grande énergie hors l'époque de son fonctionnement, et parce que la fluxion menstruelle soutient l'état hyperhémique.

Si l'on observe, en effet, que ces métrites ne guérissent pas vite, comme le fait supposer leur dénomination de chroniques, tout cela ne veut pas dire qu'elles ne guérissent point sans le raclage, et quelquefois les récidives n'existent pas, comme j'ai pu l'observer; c'était que la maladie ne se trouvait pas tout à fait guérie, comme on le croyait.

Autrefois, quand il était question d'une métrite rebelle, on employait de forts caustiques et même le feu, mais on a mis ces remèdes de côté à cause des dérangements qu'ils produisaient aux malades, et la grande perte de substance qu'il en résultait, laissant des cicatrices sur la muqueuse. Dernièrement on a eu recours au raclage, qui, d'après quelques observations, n'a pas ces inconvénients-

là, mais je crois que plusieurs praticiens ne seront pas satisfaits de cette assertion, car on peut supposer, au moins par analogie, que, quoique l'action des caustiques et des instuments soit différente, le résultat des deux moyens sera très semblable, ce qui justifie les objections déjà faites.

Les inconvénients que l'on a attribués au cathétérisme peuvent s'appliquer à plus forte raison au raclage, et quoique la rupture de la matrice ne soit justifiée que lorsqu'il est question de mains brusques, ou par l'amincissement du tissu dans les ulcérations malignes, il n'est pas douteux que l'on peut produire des inflammations intenses, et même des péritonites.

Je ne crois donc pas que nous puissions faire d'abord le raclage dans la plus grande majorité des métrites, dans le but d'obtenir leur rapide guérison et d'éviter la récidive, l'expérience m'ayant démontré que l'on peut obtenir celle-là par les moyens peu énergiques généralement recommandés. Aussi, j'ai vu des conceptions que l'on avait longtemps espérées, surtout si les malades avaient fait usage des eaux minérales, et tout cela sans les inconvénients et les accidents d'une opération chirurgicale, toute légère qu'elle soit, et leur permettant de se consacrer aux travaux habituels.

A l'égard de la récidive, les auteurs qui nous parlent de la régénération de la muqueuse raclée, ajoutent que la nouvelle muqueuse peut être envahie par des germes provenants des follicules malades situés dans la profondeur, et qu'ils peuvent occasionner la récidive. Tout ceci est vrai, car j'ai vu des métrites chez quelques malades auxquelles on avait fait la raclage.

Même dans l'endométrite fongueuse, dans laquelle la raclage est très indiqué pour détruire les fongosités de l'intérieur de la matrice, ce traitement ne peut être considéré que comme un palliatif en vue de l'âge de la malade et d'autres conditions, la même chose que dans les sarcômes et les carcinômes.

Enfin, le raclage, dans les carcinomes, lorsqu'ils ne permettent pas une opération radicale, quoiqu'il empêche les hémorragies, qu'il détruise les matériaux d'infection, et cause un soulagement momentané aux malades, il n'est pas douteux, malheureusement, que chez quelques-unes de ces opérées la maladie a pris ensuite un si grand développement qu'elle a produit bientôt la mort.

Voilà ce que je pense sur le raclage utérin, qui, bien employé, peut nous produire de très bons résultats, mais duquel on a abusé beaucoup et peut conduire à de fâcheuses conséquences.

IV.

DE L'EXTIRPATION DE L'UTÉRUS.

On a tâché depuis longtemps de faire avantageusement l'extirpation complète de l'utérus, mais lorsque l'occasion se présenta pour la pratiquer, les résultats furent si peu satisfaisants, que l'on peut dire que cette opération avait été tout à fait oubliée. On ne la conseillait que lorsqu'il était question d'un cancer plus ou moins limité, mais après les progrès de la gynécologie, elle est faite aussi dans les cas d'autres maladies. On discute aujourd'hui sur la préférence de l'extirpation partielle ou complète, et avec moins d'intérêt sur le procédé abdominal ou vaginal, mais en tout cas on fait l'opération tous les jours et avec une relative facilité, grâce aux ingénieuses méthodes opératoires dues à de savants gynécologues, auxquels l'humanité sera toujours reconnaissante.

Je ne veux pas discuter une opération chirurgicale parfaitement réglée et admise dans la pratique, mais je ferai remarquer quelques circonstances particulières des maladies pour lesquelles l'extirpation est indiquée, car je crois que les praticiens, évanouis par la facilité de son exécution par des mains habiles, peuvent surpasser les limites de la prudence, et dépouiller la femme, sans obtenir de grands résultats, d'un de ses plus importants organes.

Si nous étudions d'abord les cas où nous pouvons mieux réussir, parce que nous ne croyons pas à une récidive, il faudra se rappeler que c'est alors que nous sommes plus forcés de calculer si cette maladie, représentée par l'altération du parenchyme, par supernutrition ou par des tumeurs, sera guérie par des moyens appropriés et avec le temps, car le triomphe sera beaucoup plus satisfaisant, puisque nous avons laissé la femme dans ses conditions physiologiques.

J'ai pu réussir, plus d'une fois, dans le traitement des indurations du col utérin, que j'avais longtemps regardées comme suspectes, c'est-à-dire, supérieures aux moyens pharmacologiques, ou comme des préliminaires d'une plus grave affection dans leurs développements successifs, aussi bien que des tumeurs développées à l'intérieur de la matrice, qui produisaient des hémorragies, momentanément arrêtées, et qui ont été poussées au dehors, ou tout près de l'orifice externe, et alors on les a opérées sans de graves inconvénients et avec un succès complet.

Nous voilà arrivés à des indications plus précises : l'extirpation complète ou partielle de la matrice, lorsqu'il s'agit d'un cancer. On

en fut très réjouit lorsqu'on établit la technique de cette opération. L'idée de dépouiller la femme de l'utérus, aussi bien qu'on le faisait pour la mamelle, était très satisfaisante, surtout si on regarde le cancer comme une maladie locale, mais qui peut infecter toute l'économie. Depuis que l'extirpation de l'utérus dans les cas de cancer était un fait chirurgical, il n'y avait qu'à établir les indications de même que lorsqu'il s'agit d'un autre organe accessible à la chirurgie, dans les cas de maladies cancéreuses. Alors surgit l'idée du siège, du temps et de l'étendue du mal ; la matrice ne pouvait pas être une exception, et l'on dit qu'on devait opérer lorsque la maladie siégeait dans le col, mieux que lorsqu'elle se trouvait dans le corps ; au début de la maladie, c'est-à-dire, s'il est possible, lorsqu'elle vient de se manifester. Ces principes supposés, on pourrait croire, au premier abord, que la question était facile à résoudre, s'agissant d'un organe que nous pouvons voir et qui est presque dans nos mains. Naturellement, si la maladie se trouve au début et limitée aux tissus accessibles à nos mains, enlevant les parties malades, nous pouvons espérer un bon succès, surtout ayant des idées de localisation des maladies cancéreuses ; mais il n'y a qu'à se rappeler ce qui arrive dans d'autres organes, les mamelles, par exemple, plus accessibles à l'inspection et plus visibles, pour comprendre la difficulté de déterminer le moment d'initiation de la maladie, car les femmes elles-mêmes ne s'en aperçoivent que par des symptômes ou des phénomènes qui la dénoncent lorsqu'elle est déjà développée, alors qu'il s'agit des organes extérieurs qu'on peut voir et toucher pour connaître leur état pathologique. On dira que l'on peut diagnostiquer le mal, dès son commencement, à l'aide du microscope, mais quelquefois les malades guérissent sans opération, après avoir fait l'étude microscopique, et j'ai vu un cas où le microscope et même l'examen clinique dénonçait une induration scirreuse, qu'il fallait extirper, mais la malade fut complètement guérie par les eaux minérales de Fuensanta et la médication à l'intérieur. Au contraire, j'ai vu pratiquer une opération pour une affection cancéreuse que le microscope avait confirmé, et l'apparition d'une maladie herpétique me fit supposer que celle-ci serait la nature de l'affection opérée. Il ne faut pas s'illusionner à l'égard du diagnostic des maladies cancéreuses, car on est très souvent trompé.

On ne doit pas non plus se confier à la localisation de la maladie, car quoiqu'elle paraisse limitée au col utérin, les récidives, très souvent immédiates, indiquent qu'il y avait des éléments cancéreux dans les parties environnantes, comme il arrive dans la mamelle même,

après la complète extirpation, jusque sur la surface des côtes, ou dans la langue, où l'on opère au début de la maladie.

Nous sommes arrivés à la grande question de la récidive de la maladie, le fantôme de la chirurgie de tous temps, et il ne faut pas concevoir des illusions à l'égard de la récidive dans la matrice, ni travailler à faire des statistiques nombreuses, car la loi est la même pour tous les organes.

La reproduction est le caractère du cancer, et à plus forte raison lorsqu'il s'agit d'un organe tel que la matrice, par les conditions de son siège, ses relations et les tissus qui l'environnent, les replis membraneux, le tissu conjonctif abondant et généralisé, qui sont des circonstances plus favorables à la récidive.

Eh bien, avec ces conditions on pourra faire l'extirpation complète, car nous pouvons être plus rassurés; mais comme dans d'autres parties du corps, elle ne sera qu'un palliatif, utile pour le moment à la malade, dans l'espoir que la récidive ne viendra que quelques années après et tenant toujours compte des dangers qui accompagnent toute opération ; malgré les résultats il nous restera de tristes considérations à faire, car les malades opérées, satisfaites pour le moment, parce qu'elles se trouvent débarrassées des malaises, très souvent meurent plutôt que celles qui ont été abandonnées, la maladie suivant son cours naturel plus doucement, surtout si l'on ne fait pas usage de médications énergiques; et dans les femmes opérées la maladie peut se reproduire bientôt, dans la même cicatrice, ou dans le tissu cellulaire environnant.

Ce que l'on dit de l'opportunité de l'opération est donc très douteux, car personne ne pourrait préciser le moment de l'intervention chirurgicale dans une maladie qui est d'elle-même le désespoir des chirurgiens. C'est pour cela que nous devons donner le cri d'alarme qu'il ne faut pas faire tous les jours l'extirpation de la matrice, même lorsqu'elle est bien indiquée, et à plus forte raison lorsque la maladie a envahi toute la matrice et les tissus qui l'environnent, car alors tous les bons praticiens la repoussent et ce serait un crime que de la pratiquer.

V.

CASTRATION.

Dans le désir de guérir quelques souffrances dont le siège paraît se trouver à l'appareil utéro-ovarien, et de diminuer ou annuler l'influence de cet appareil sur quelques phénomènes pathologiques,

lorsque ces états morbides s'opposent à toute sorte de traitement, ou qu'ils puissent mettre la vie en danger, MM. Hegar et Batei ont conçu une opération pour arriver d'une manière indirecte aux résultats de la ménopause, c'est-à-dire, que l'on tâche d'avancer l'époque critique en enlevant les ovaires sains, opération qui est une véritable castration de la femme.

On cherche à supprimer la fluxion menstruelle qui soutient pendant la vie la reproduction des hémorragies, qui, par son abondance et sa répétition, amènent un état de misère organique dangereux, ne s'arrêtant qu'à l'époque critique malgré tous les moyens employés.

On cherche aussi à réduire l'utérus aux conditions de la ménopause, par la suppression d'une partie de la circulation utérine, c'est-à-dire qu'on tâche de l'atrophier en empêchant ses fonctions propres. Dans les deux cas la conséquence est la stérilité.

Aussi dans les myômes et dans les disménorrhées il résulte qu'on doit produire l'atrophie ou disparition des tumeurs et la cessation des douleurs de disménorrhée, la congestive spécialement, puisque l'on a supprimé la fluxion menstruelle par la destruction des organes où elle se fait.

On l'a employé aussi pour combattre quelques affections hystériques sans lésion matérielle.

A propos de cette ingénieuse opération, j'ai quelques considérations à faire à cause de ses conséquences pour la femme elle-même et pour la société, et c'est pour cela que les praticiens ne sauraient la faire que très rarement, d'autant plus les indications établies jusqu'à présent ne sont pas aussi décisives qu'on les suppose.

Nous n'aurons qu'à nous rappeler le mécanisme de la circulation utéro-ovarienne et nous trouvons que l'influence de la circulation de l'appareil ovarien sur l'utérus n'est pas aussi important qu'on le croit, puisque celui-ci possède une circulation active.

Le sang arrive dans le tissu par six voies différentes, à savoir: les artères utérines provenant des hypogastriques, les utéro-ovariennes qui ont leur origine dans l'aorte, et par deux petites branches qui naissent aux épigastriques. C'est pour cela que Sappey disait que l'utérus est un des organes dont la circulation est mieux garantie contre les influences physiologiques ou morbeuses qui tendent à éloigner les colonnes confluentes du sang artériel. Que l'on supprime une de ces colonnes et les autres suffiront pour porter les matériaux nécessaires à son développement. De ces branches artérielles trois arrivent sur l'organe par son côté droit, et trois par le gauche, qui est aussi muni d'un double pédicule vasculaire. Il est donc mieux

garanti que le cerveau, qui reçoit tout le sang par sa partie inférieure.

N'oublions pas non plus la physiologie de la femme par rapport à ses fonctions spéciales, et l'on comprendra que nous ne devons pas les supprimer par la destruction des organes qui les remplissent. Il ne faudra pas s'étonner de ce que l'organisme proteste de la cessation soudaine de ces fonctions, qui, même dans son expression physiologique, produisent d'importants phénomènes et sont quelquefois suivis de graves maladies.

Nous devons donc prendre garde aux effets que l'on croit obtenir par l'extirpation des ovaires sains, car on ne peut juger par les faits observés. C'est pour cela qu'on dit que les règles ont continué quelque temps après l'opération, que les hémorragies utérines ne cessent pas toujours, et pourtant l'influence de l'opération est très variable à cause de l'activité de la circulation utérine lorsqu'on a fait cesser celle des artères ovariennes. Aussi, quelques myômes peuvent subsister et même grandir, et continuer la production des hémorragies, cela sans avoir compter de la dégénération du tissu, ou la possiblité d'une erreur de diagnostic s'il est question d'un carcinôme qui exige une hystérotomie complète.

Il est à remarquer que ces tumeurs se développent plus souvent à l'époque physiologique, et si nous avançons celle-ci par l'opération, on peut supposer que nous pourrons favoriser son développement.

Dans les métrorrhagies, avec les progrès de la pratique moderne, nous pourrons presque toujours extirper les tumeurs, guérir les hémorragies, peut-être sans avoir recours à une opération dont les conséquences sont si graves.

Il y a encore trois indications qu'on ne saurait justifier, telles que les disménorrhées, les endométrites chroniques et les névralgies ovariennes. Les disménorrhées mécaniques, et celles qui sont produites par l'inflammation, et par conséquent l'endométrite chronique ne réclament pas cette intervention chirurgicale, car elles peuvent être guéries par les nombreux remèdes accrédités par l'expérience.

Quant aux névralgies, soit l'hystéralgie ou l'opharalgie, elles disparaissent d'une manière inattendue, ou par l'emploi des moyens par lesquels on traite les affections hystériques. Si, comme dit M. Tarnier, une malade à laquelle on allait opérer est guérie sans opération, on comprend bien la prudence qu'il faut avoir avant de priver la femme d'une fonction qui est d'elle-même, et très souvent, le meilleur moyen pour guérir la maladie dont nous parlons. Il y a, en effet, beaucoup de disménorrhées, d'hystéralgies et de toute sorte de névroses des plus graves, qui ont disparu seulement par l'influence d'une concep-

tion et d'un accouchement. De manière que l'effet serait contraire à ce que le praticien se proposait, et cette ménopause artificielle peut être accompagnée ou suivie de graves accidents.

Je ne trouverai jamais justifiée la castration dans les cas ci-dessus, et seulement, avec quelques exceptions, dans ceux que nous avons étudié au commencement, car s'il faut, dans toute opération chirurgicale, calculer les avantages et les inconvénients qu'elle peut avoir, dans la castration les conséquences sont encore plus graves, non-seulement par la technique, mais aussi par son influence sur l'état physiologique, social et moral de la femme, dont on arrête la vie de reproduction, et qui peut arriver, si les passions dominent, aux plus graves déterminations.

Cette opération, et quelques autres comme l'avortement provoqué, ne devra être pratiquée qu'après avoir entendu l'opinion des personnes d'une prudence reconnue, afin que la vie des femmes et l'avenir de la société ne soient pas dans les mains d'un homme criminel.

VI.

Ayant étudié, comme je l'ai promis au début de ce travail, quelques-unes des pratiques chirurgicales les plus employées aujourd'hui, nous pouvons en conclure que la gynécologie étant devenue tout à fait chirurgicale, est aussi devenue sanguinaire et a acquis un certain caractère de cruauté qui ne s'accorde pas avec la faiblesse du sexe. Malgré ceci elle s'est développée extraordinairement en profitant des bienfaits que la chirurgie a apporté à la médecine, à l'aide de laquelle nous réussirons mieux dans le traitement, car nous employons nos mains et les instruments, résultats qu'on ne peut obtenir que par exception avec les moyens pharmacologiques. Cependant, si nous ne nous arrêtons pas dans ce chemin, nous pourrons arriver à de grands excès, nuisibles à la science et à la pratique gynécologique. Il est temps d'affermir les conquêtes acquises pour conserver ce qui est utile, et d'éloigner tout ce qui peut nous conduire à l'exagération, pour commencer une nouvelle époque plus tranquille.

A présent nous pouvons établir les conclusions suivantes :

1° L'influence que la chirurgie opératoire a exercé dans ces dernières années sur la gynécologie, contribuant à son progrès, est évidente, mais une réaction commence à s'opérer contre des exagérations qui ont donné lieu à une gynécologie tout à fait chirurgicale. En étudiant tout ce qui se rapporte au cathétérisme utérin, au raclage de

la matrice, à l'extirpation de l'utérus et à la castration de la femme, voilà ce qu'on peut en conclure ;

2° On fait le cathétérisme utérin beaucoup plus souvent qu'il ne faut, en vue des progrès des moyens d'exploration et des indications que ceux-ci peuvent nous fournir, sans tenir compte des inconvénients, et même des dangers auxquels les malades sont exposées;

3° Le raclage de la matrice est une pratique utile, lorsqu'elle est bien indiquée, mais qui n'est pas exempte d'inconvénients; son effet n'est pas aussi sûr qu'on le suppose, et on saurait l'employer toujours, surtout dans quelques métrites chroniques qui n'ont pas de certains caractères, la pratique nous apprenant qu'on peut les traiter par d'autres moyens plus simples;

4° L'extirpation complète de la matrice est une opération parfaitement réglée et admise dans la pratique, mais on peut en surpasser les limites, surtout lorsqu'il s'agit de maladies qui ne récidivent pas, et si nous pouvons employer d'autres moyens pour les guérir, nous éviterons aux femmes la perte d'un organe si important. Lorsqu'il est question d'un cancer, même dans les conditions les plus favorables pour l'extirpation, on ne devra la considérer que comme un palliatif, car la récidive en est généralement la conséquence;

5° La castration chez la femme est d'une si grande importance pour elle et pour la société, qu'on ne saurait la pratiquer que très rarement, car les indications établies jusqu'à nos jours ne sont pas aussi décisives qu'on le suppose. L'étude anatomique de la circulation ovarienne et utérine peut nous expliquer la variabilité des effets obtenus par la castration dans le traitement des maladies pour lesquelles elle est indiquée. La castration dans les disménorrhées, dans les endométrites chroniques et dans les névralgies ovariennes ne pourrait être justifiée, car ces maladies peuvent guérir avec le temps et par des remèdes accrédités par l'expérience.

ON TONIC SPASM OF THE BODY OF THE UTERUS AS A CAUSE OF POST PARTUM HÆMORRHAGE, WITH THE MOST APPROPRIATE TREATMENT.

By **R. A. Gibbons** (Londres).

In December 1873, when I was a pupil of the late Dr Matthews Duncan, and therefore most likely to be interested in anything he was writing, appeared in the Edinburgh Medical Journal, his paper « On the Mechanism of Arrestment

of Hæmorrhage in cases of Placenta Prævia ». This paper was subsequently incorporated in a work published in 1875, called « Mechanism of Natural and Morbid Parturition ». In that paper, Dr Duncan says « At last, in cases of Placenta Prævia, as also in cases of accidental hæmorrhage, the stage of complete delivery is reached. All danger of hæmorrhage necessarily connected with the premature separation of the placenta is passed; if hæmorrhage occurs now from the placental site, it is post partum hæmorrhage. If the uterus is firmly contracted, hæmorrhage from the placental site dœs not occur ». He then goes on to say how eminent obstetricians have tried to unsettle the professional faith in a contracted uterus as an efficient hæmostatic after delivery. He continues « It is the sagacious Gooch who is responsible for this belief, that flooding may come in the usual way from a uterus well contracted after delivery. Gooch grounds his belief on a case whose history he gives, and, remarkable to tell, this case presents nothing at all unusual; it is just a case of ordinary flooding post partum, such as every accoucheur is familiar with. After delivery, the uterus became well contracted, but there was no flooding from it then. Subsequently it became relaxed, and flooding began, as Roberton (Physiology of Diseases of Women, p. 362) has pointed out, and that it was so relaxed is proved by the fact that Gooch put his hand into it in order to induce contraction, and to stop the bleeding!!! Gooch had, in fact, no ground whatever for unsettling the general faith of the profession in a contracted uterus after complete delivery. In my opinion, this article of faith is unassailable. »

Duncan also writes. « The proposition I enunciate is that it has never been shewn that uterine hæmorrhage of the ordinary post-partum kind ever takes place from the uterus when it is in a state of moderately firm contraction. »

On turning to Gooch's paper on « A peculiar form of Hæmorrhage from the uterus » (Gooch on Diseases of Women and Children, New Sydenham Society, 1859, and first published in the Medico-Chirurgical Society Transactions in 1823, vol. XII, under the title of « Account of some circumstances in which a uterine hæmorrhage may occur sufficient to produce alarming symptoms, though the uterus feels contracted in the ordinary degree »), it will be found that he reports a case he attended in 1815 where, after the removal of the placenta, the uterus felt in the hypogastrium, contracted in the ordinary degree, « nevertheless about twenty minutes afterwards, there came on one of the most frightful hæmorrhages he ever witnessed. » More than a year afterwards, he again attended the same patient in her confinement. The child was easily born, and he felt the uterus contracted in the usual degree, but a few minutes afterwards, « the blood burst out with prodigious impetuosity. It was speedily suppressed, yet it bleached her face, and for many days she could not sit up without faintness. » On both occasions he succeeded in arresting the hæmorrhage by the introduction of the hand, and the application of cold. At the third confinement, Gooch again attended, the same hæmorrhage coming on with a contracted uterus, not severe as the former ones, but sufficient to produce syncope, and detain him in the house several hours. It is noteworthy that the hæmorrhage in these cases was excessive, and rapidly produced prostration. He explains that while introducing one hand into the uterus, he placed the other on the abdomen, and compressed between the two the part where the placenta was attached.

It is evident that when Duncan wrote his paper, he had never met with anything like the subject here dealt with, and therefore did not believe it ever occurred, notwithstanding the fact that he knew amongst the followers of Gooch might be included Farre, Ferguson (Introduction to the New Sydenham Society, edition of Gooch « On some of the most important diseases peculiar to Women, p. 41), Michaelis, Ingleby (« A practical treatise on Uterine Hæmorrhage, p. 227), Rigby (Rigby's « System of Midwifery, p. 218), and Velpean (Traité complet de l'art d'accouch. Ed. Bruxelles, 1858, p. 489).

My attention having thus been early called to this difference of opinion, I endeavoured to observe carefully every case of hæmorrhage which came under my notice. But as years passed, and I never saw anything to alter what Duncan taught, I began to believe that he was probably right, and that Gooch must have been mistaken. However, in April 1886, I attended a primipara whose case altered my opinion. This birth took place before Duncan's excellent paper on « Tonic uterine contraction, without completeness of retraction » (Tr. Obstt. Socy., 1887), to which I shall refer presently. I did not publish it immediately, for I hoped to gain further experience of this condition, before placing it on record. The patient was 23 years old, and her general appearance as to development and nourishment excellent. The general state of her health when she first asked me to attend her was fair, and throughout her pregnancy, beyond some sickness at first, her condition was remarkably good, except that she was very nervous. The least noise made her start, and she slept badly towards early morning. Her previous history was satisfactory, with the exception of a « nervous illness » some years ago, for which she was advised to remain abroad for some time. Her mother is a highly nervous woman, as is also an only sister. There is nothing else noteworthy in the family. This patient never suffered from a miscarriage. Menstruation commenced at 14, was always regular, not accompanied by pain, and lasted four or five days. She conceived soon after marriage. On the day of labour, pains began at 2. a. m.; at 8.20 a. m. the membranes ruptured, and at 8.30 there was complete dilatation, with strong second stage pains which continued until 10.20, when the child was born. The labour was so far natural in all respects. The head presented, and occupied the first position. The cord was twisted once round the neck of the child. There was a very slight laceration of the perineum; the placenta, membranes and cord were natural. Twenty minutes after the birth of the child, the placenta was expressed.

From the moment of the birth of the head, my left hand was on the uterus, following it down, as the shoulders, trunk and limbs were successively expelled; it remained there until the delivery of the placenta, with which there was a gush of blood. A minute afterwards, the uterus seemed larger than natural above the pubes, and was apparently perfectly contracted, being quite hard. Immediately however, profuse hæmorrhage set in. The hot douche with corrosive sublimate at 120° F. had not the least effect, and I immediately recognised that the uterus was in a state of tonic contraction, with bleeding going on. The hand could be easily inserted, and found the cavity of the uterus like a globe, with hard rigid walls. I knew that the late Dr Cumberbatch was at hand, and within a few minutes he was in the room. By this time however, the patient was almost collapsed from loss of blood, having previously complained of dimness of vision, the sensation of sinking through the bed, faintness,

accompanied by tossing about the arms, and the train of symptoms so well known in the lying-in-room. Dr Cumberbatch had time to examine and feel the firmly contracted uterus, when the patient fainted, and at the same time, I observed, my hand being on the uterus, that it became soft, and I could squeeze it downwards, and keep it under control. The hæmorrhage immediately ceased, and we had to direct our attention to restoring the patient, my hand still firmly grasping the uterus. The amount of blood lost was alarming, and it was some hours before I could leave her, and days before anxiety about her condition was removed.

On remarking to Dr Cumberbatch, whose experience in obstetric practice was very great, that I had never seen such a case before, he replied that they were very rare, but that he had occasionally met with them. He then mentioned the paper by Gooch, saying that those who differed from him did so from inexperience of such cases.

The after progress of this case was remarkable as bearing on the neurotic condition. The lochia were natural, and there was nothing to account for a rise of temperature but her anæmia. There was some building going on next door, and the noise (which could not be stopped at first) in the early morning, acted on her nervous system so much that her temperature began to go up directly it commenced, being 103, 104, and 105 F. This lasted for a week, going up each morning, and becoming natural each evening when all noise had ceased. At the end of this time, some arrangement was made by which the noise was subdued, and her progress was then satisfactory.

Her next confinement was fifteen months later, and I naturally was apprehensive as to hæmorrhage. She recovered from her first confinement perfectly, and was able to go into society and enjoy herself as before, until she discovered that she was again pregnant. Beyond nervousness, she had nothing to complain of during this pregnancy. The first stage of labour lasted 19 hours, counting from the first slight pains, and the second stage only two hours. The head presented, and occupied the first position, and excepting the wearisome first stage, which made her rather irritable and depressed, the labour was perfectly easy and natural. The placenta was expelled fifteen minutes after the birth of the child. As soon as the head was about to pass over the perineum, a drachm of the liquid extract of ergot was given. My hand was kept on the uterus from the birth of the head, and followed downwards the expulsion of the child, and the uterus was not left for a moment. After the birth of the placenta, the uterus seemed larger than natural, and was quite firm. Within a few seconds of the completion of the third stage, a gush of blood took place, followed, as in the former confinement, by a continuous steady hæmorrhage. I recognised at once the condition, but I could not arrest the bleeding by anything I did. The hand inserted into the uterus felt the rounded cavity with contracted hard walls, and the steady rush of warm blood. Half a grain of sclerotic acid was injected hypodermically, followed by the hot antiseptic douche, but no arrest took place, although for a moment I thought the flow lessened. Pressure of the uterine wall by one hand inside and the other hand on the abdomen, might have done some good, but it was not enough, and I felt that the cause of the bleeding was still present. The trial of one method of treatment after another, although taking a long time to relate, was but the work of a few seconds, for exhaustion and faintness rapidly came on. The usual signs of tossing about

the arms, dimness of vision, etc., were present, speedily followed by cold clammy perspiration and actual syncope. With the latter, so ghastly to witness under these conditions, occured what happened before, viz, a relaxation of the firm condition of the uterus, so that it could be easily compressed, and cessation of the bleeding. Although I had to remain with her some hours, owing to the prostrate condition, she made an excellent recovery, giving me no anxiety beyond the first few days on account of her feebleness due to anæmia.

I did not see another case similar to the above for four years, until 1889, although I had attended several cases of severe post partum hæmorrhage. The case I now relate was that of a patient aged 35, whose husband desired that she should be confined under my care in London instead of at their own country place, where she had nearly died from hæmorrhage after the birth of each child. This was her fifth pregnancy. The general appearance as to development and nourishment was good, except that she seemed pallid. Her general state of health when I first saw her. — a few months after the commencement of pregnancy, — was not very satisfactory. She seemed irritable, and apt to be depressed. After the previous history, I ascertained that her nervous system had been weak for some time. She was sent for a sea voyage the previous year, and had subsequently undergone the Weir-Mitchell treatment. With the birth of each child, I learnt that she suffered from severe hæmorrhage, and that at least for ten days afterwards, she was excitable and irritable, as well as weak and exhausted from loss of blood. She never had a miscarriage. Menstruation commenced at 14, was always regular, and lasted generally five days. It was not excessive at any time. The date of her previous confinement was April 1884. All her children were living and well, and none of the confinements were unnatural except as to the hæmorrhage.

The family history is of importance, as her mother was a neurotic woman. Her father is strong and well, with a history of gout. In this pregnancy, she had suffered severely from sickness at first being constantly nauseated, and from constipation, The quickening commenced at about four and a half months from the date of the beginning of pregnancy. From this time onwards until labour, she was comparatively well, but was exceedingly irritable. Any trifle would disturb her composure, and after a conversation which greatly interested her, she was apt to be exhausted for an hour or more, although she did not feel really ill.

Labour commenced at 5 a. m. on April 23rd by rupture of the membranes followed by slight pains at considerable intervals. These pains continued during the day, and were not sufficiently bad to prevent a considerable amount of sleep during the following night. From about 8 p. m. on the 24th, they became severe, but the os was not fully dilated until 11 a. m., after which the pains became strong and frequent, and the head, which presented, and which occupied the first position, was born at 11.30 p. m. The cord was twisted tightly round the neck, and the hand was born with the chin. There were no lacerations. The placenta was expressed about twelve minutes after the birth of the child, because there had appeared a gush of blood, and this, as well as the membranes, appeared natural. My hand was on the uterus from the moment of the birth of the head, and followed the child downwards. After the expression of the placenta, the bleeding ceased, and for a few seconds, I

thought that all might be well. Rather more than a drachm of the liquid extract of ergot was given when the head was on the perineum, shortly before its expulsion. Very soon however, the uterus seemed to grow larger under my hand, and hæmorrhage recurred. I imagined at first that internal bleeding might be distending the uterus, but on attempting to compress, I observed that no impression was made upon it. The hæmorrhage was very free, but never so great as in the first gush which had taken place before expression of the placenta. Ergot was given again in the same dose as before, and son afterwards the 1-150 soth of a grain of ergotinine injected hypodermically. The hot douche of corrosive sublimate, of a strenth of one in 2000 was ready as the child was born, and was used at a temperature of 115 F., but without result. I tried inserting the hand into the uterus, clearing away any clot found, and compressing bi-manually, but still the bleeding went on. I observed the hard rigid walls, and the globular character of the cavity, and had no difficulty in inserting my hand, and closing it when there. A second douche was then given of one in 4000, and at a temperature of 120 F., but although it seemed to check the loss for a moment, no real benefit accrued, and the blood flowed as before. The patient was by this time extremely pallid, faint and exhausted, and it was evident that something must be quickly done to save life, for she had all the signs already described in the other patients of approaching collapse. She was still conscious however, and able to complain of noises in the ears. The uterus remained rigid, and I felt that there was but one of two things left to be done, either the application of the perchloride iron, or packing the uterus with iodoform gauze. The latter I always carry in my obstetric bag, and if used after the proper method, a great amount is not necessary. I had both at hand, but decided to use the latter after Duhrssen's method. As I was getting this ready, I observed that the patient was unconscious, having fainted. I felt the uterus, and at the same moment a great and sudden rush of blood occurred, but the uterus had softened, and I had power to compress it, which I did. There was no more bleeding, but the patient was in an alarming condition. The pulse remained at 140 for about two hours, and was exceeding feeble and thready. Every precaution was taken regarding movement. Brandy and Egg mixture was injected per rectum, and it was many hours before I could leave her. I may say here that this was one of the worst cases of post partum hæmorrhage that I have ever seen, for although the blood did not come in the violent torrent which I have occasionally witnessed, and which must kill, if continuous in an incredibly time, yet it was a copious, never ceasing stream. There were none of the intermissions met with in hæmorrhage coming from a uterus relaxing and contracting, but here there was no real cessation from the moment of starting until the absolute collapse. For many days the patient was in jeopardy, but ultimately made a good recovery, although after actual danger was over, her nervous system was exhausted, and it was a long time before she was considered well.

My next case occurred in September 1891. The patient was 33 years of age, and a primipara; she had been married a year. The general appearance as to development and nourishment was good, but she was rather thin, and of a nervous temperament. The general state of health during pregnancy was good. As to the previous history there is nothing of importance to note. A few years ago she had some giddiness, which, however, entirely passed away.

The date of the last day of menstruation was December 1st, and the date of quickening was not quite certain. At the commencement of pregnancy there was a little sickness, but it did not last many weeks. The symptom which troubled her most was irritability of the bladder, and for this I occasionally saw her during the early months of pregnancy.

Pains commenced on the morning of labour at 6 o'clock, and there was a constant dribbling of amniotic fluid, and, from a short time afterwards, slight pains. The head presented in the first position : the os uteri was soft and dilatable, pointing directly backwards into the hollow of the sacrum. Complete dilatation of the os took place at 5 p. m. on the following day, the birth taking place at 8.40 p. m. The cord was tightly twisted round the neck twice. There was a slight laceration of the perineum, which became greatly œdematous towards the end of labour. The placenta and membranes were natural; the cord was natural but very thin. The time occupied by the first stage was 35 hours — the pains being very slight for many hours, and the second stage lasted three hours and forty minutes.

Soon after the birth, and whilst keeping my hand over the uterus, hæmorrhage began, slowly running from the vagina, along the cord. It was a few minutes before the child breathed freely, and about six or seven minutes before the cord was cut. When the child was removed a hot corrosive douche was prepared. A drachm of the liquid extract of ergot was given. About twelve minutes after the birth, the bleeding became free, and on examining, I easily felt the insertion of the cord. With a little assistance, and slight expulsive effort on the part of the patient, the placenta was delivered. The uterus was felt to be hard, larger than natural, and contracted above the pubes. Hæmorrhage was now copious, and a hot corrosive douche of one in 2,000 was given at once, but there was no check in the amount of loss. The hand was now inserted, and some clots removed. The uterus felt globose and hard : it was in fact a large cavity with rigid walls. A great quantity of blood was flowing by the side of the hand, and no amount of either bi-manual pressure, or pressure above the pubes, seemed to make the slightest difference.' The patient became somewhat feeble, with a pulse of 120, but of fair volume. A second corrosive douche was then given. Neither however, had the least effect. I now determined before plugging with iodoform gauze, which I had with me, and before the patient became too exhausted, to try the inhalation of chloroform. I resolved after the previous case I have described, that if I ever had another similar one, I would try an anæsthetic as early as possible. I hoped that it would relieve the tonic spasm, and obviate the necessity of plugging. As there was much complaint of pain caused by the passage of the hand previously, the patient gladly took the anæsthetic. At this time she was perfectly sensible, although feeble. The amount of chloroform administered was not great, but the patient was rapidly deeply under its influence. As this became evident, the inhalation was stopped. I felt the uterus under my left hand suddenly become soft, and co-incident with this, an enormous rush of blood, followed by complete cessation of hæmorrhage, because there was now no difficulty in firmly compressing the uterus, and there was no relaxation. The patient however, was much exhausted, the pulse being over 120, and it was necessary to give stimulants freely. For some days the temperature was raised in the morning and evening, varying from 100 to 102, but she eventually made an excellent recovery.

I have thought it well to give the full details of the foregoing cases, so that there can be no question as to the exact condition of the uterus, and the cause of the bleeding. In these cases the body of the uterus was alone affected. I term this condition a « Tonic Spasm of the body of the uterus » because it describes exactly what is present, a persistent, cramp-like affection wich prevents complete retraction taking place. The term is moreover shorter than that used by Dr Matthews Duncan in his paper « On chronic uterine contraction without completeness of retraction ». In that paper, already quoted, he relates shortly only one case he attended himself at term, a case of miscarriage at the third month, and also that of a young primipara confined several days previously with constant loss of blood. In the latter two cases chloroform was used for examination, but does not seem to have influenced the spasm—possibly because in both it had lasted so long — in the case of miscarriage for several hours, and in the primipara eleven days. In his paper on this subject, Dr Duncan quoted what he had previously written regarding the difference of opinion existing as to hæmorrhage from a contracted uterus after delivery and says. « Now it appears to me that the condition which I have described in this paper may solve the difficulty and reconcile the two parties. Cases have been observed of hæmorrhage with intense contraction, globular hardness, yet without completeness of retraction ; and these have been described as hæmorrhage from a contracted uterus, perhaps from a uterus believed and described as completely contracted while it was really not completely contracted. On the other hand, the defenders of the position that hæmorrhage did not occur when the uterus was firmly contracted, failed to sufficiently state their case, neglecting to add to the condition of firm or intense contraction the condition of completeness ». It is well known that a crampy or tetanic condition of the external os uteri, or of the internal os, has been frequently described. Duncan suggests in his paper than in at least some of these cases of rigid cervix from spasm, it is possible that the morbid condition was not confined to the cervix; being described in the cervix alone because it alone was easily accessible, and alone attracted attention. I have been careful to mention in the title of this paper that the spasm affected the body alone.

It is difficult to explain the etiology of such a condition. I do not believe that it is brought about by the administration of ergot. In the first and last of my cases none was given before the birth of the child. In the others, it was given before the birth because I thought it possible, from the previous history, that hæmorrhage might take place. If ergot accounted for this rigid condition of the uterus, we should meet with it much more frequently, whereas the cases met with, even in the practice of those having much experience, are undoubtedly rare. On the other hand, I may state my opinion that in these cases ergot has no influence in causing the hæmorrhage to cease either given in the form of liquid extract, or injected sub-cutaneously as ergotinine or sclerotic acid. It is certainly noteworthy that in the cases here brought forward there is a highly neurotic element in each, and a family history having an important bearing on this point. My belief is that in women with such tendency to nerve disturbance there is greater liability to disarrangement of the centres presiding over the functions of the uterus, and that when these are affected, there is as a result, an unbalanced action, leading to contraction without perfectly complete retraction, so that bleeding is the result. Under

normal conditions, this contraction and retraction is uninterfered with and the placental site is tightly closed. It would make my paper too long to go into this matter of contraction and retraction of the fibres of the uterine walls generally ; but it is evident that they are not quite complete in the condition referred to or hæmorrhage would not result. (See papers by Matthews Duncan) « On Contraction, Inhibition, and Expansion of the Uterus », and « On Elasticity, Retraction and Polarity of the Uterus », Obstetrical Trans. Vol. 28 pp. 91 and 115). It is equally evident that firm contraction is present, for the body of the uterus is felt perfectly hard above the pubes : whilst the hand, and indeed the closed fist, can be inserted into the cavity of the uterus which in all my cases was like a globe, having perfectly firm hard walls. This fact is of great interest in these cases ; the uterine body is not a potential, but an actual cavity. After delivery under ordinary circumstances, the body of the uterus is a potential cavity. but in the affection under consideration, when the hand is inserted a distinct cavity is immediately felt. Therefore it follows that there must be some want of balance in muscular action due to nerve disturbance, and, it is to the nervous system we must look for an explanatian of the phenomena bringing about this curious condition. The personal and family histories of the patients referred to in this paper bear strongly on this point. It is now known that all uterine functions are probably quite independent of the spinal cord in a greater degree than those of any other organs under the influence of the sympathetic. For instance, menstruation may go on regularly, quite apart from the fact that there may be co-existing disease of the cord with absolute arrest of all conduction both sensory and motor. Pregnancy and labour may proceed naturally notwithstanding the existence of disease causing complete motor paraplegia. (Diseases of the Nervous System Vol. 1 p 208. 1892 Gowers).

The termination of this condition which led me to adopt the method of treatment mentioned in the last case bears out the theory of nerve disturbance being the cause of this serious complication. In each case but the last bleeding only ceased when the patient became exhausted and collapsed from loss of blood ; it was only then that I had the power of firmly squeezing the uterus; for, as already pointed out, no amount of pressure had the least influence on the uterine walls, whilst the spasm was present. When however, the nervous influence was exhausted by faintness, the spasm relaxed. In the last case, I endeavoured to remove this spasm by the administration of chloroform. It must be admitted that it was an experiment and that it required courage to administer chloroform during so much hæmorrhage. But the result was successful, aud the spasm being relieved, the uterus could be controlled, thus obviating the necessity of plugging after Duhrssen's method — an operation of the highest service in severe post partum hæmorrhage, but one always to be avoided if possible for most obvious reasons.

In the treatment of this grave form of post partum hæmorrhage it is of the first importance to recognise the cause, and this is easily done. If it be found that the uterus is firmly contracted, the method suggested by the experience I gained in the last case related may be quickly adopted. If the patient be rapidly anæsthetised the spasm will and the uterus be at once under control. Before using this, the hot douche would in all probability first be tried ; but in my experience, it had not the slightest effect. If it be found that the uterus

is in a state of tonic spasm, with bleeding going on, the only remedy is relaxation of the spasm, and an anæsthetic will do this more rapidly than anything else. Should a case of this sort be met with, no anæsthetic being at hand, I should not hesitate to plug the uterus with iodoform gauze, or if without it, some linen sterilised by boiling. I feel convinced that if this had been done early in the first three cases related, I should have had much less anxiety about the after condition, on account of loss of blood, notwithstanding what I have already said, that plugging the uterus should be avoided if possible.

Fortunately these cases are extremely rare, but they are so easily diagnosed that it is important to know beforehand the quickest method of overcoming the difficulty and arresting bleeding. I have ventured to make a suggestion in this paper as to the best and most rapid means of treatment, founded on my own experience. Of all forms of post partum hæmorrhage, this is the most trying to deal with. In Gooch's cases I have before remarked that rapid prostration came on. Judging from the first three of my own cases, I should say that anything I did had not the least effect on the uterus, and that until absolute collapse set in — thus relaxing the spasm of the uterine body, the bleeding continued. It was therefore with much satisfaction that the last case rapidly yielded to the means adopted, and caused me so much less anxiety than the others.

I have purposely not burdened this paper with references to all the cases of this form of hæmorrhage which I could find on record. But I may here state that I have spent a large amount of time and labour, in looking up any book or paper likely to bear on the subject. In none however, have I found any suggestion for treatment based on the knowledge that it is the spasm of the uterine body which must be overcome, that there must first be a relaxation of the fibres before the hæmorrhage can be arrested by complete contraction and retraction of the uterus.

SUR LA NATURE DE LA SOI-DISANT ENDOMÉTRITE HYPERTROPHIQUE

par le professeur **Treub**, de Leiden.

Permettez-moi d'appeler votre attention sur un point qui, peut-être, ne vous paraîtra que d'intérêt secondaire. Il ne s'agit, en effet, que d'une question de classification. Mais il me semble que dans le cas qui va nous occuper pendant quelques instants, la place qu'il convient de donner dans le cadre nosologique à la maladie en question, est de la plus haute importance.

La maladie que j'ai en vue est celle désignée communément sous le nom de « endométrite hypertrophique (soit glandulaire ou interstitielle) » et contre laquelle le curettage, l'opération de *Récamier*, est universellement appliqué aujourd'hui avec un plein succès.

Anticipant sur mes conclusions, je vais dire tout de suite que le nom cité me semble absolument faux, puisque la soi-disant endométrite n'a rien à faire avec l'inflammation. Aussi vaut-il mieux de ne pas parler d'endométrite mais d'hypertrophie (glandulaire ou interstitielle) de la muqueuse utérine.

Il y a, pour soutenir ma thèse, deux sortes d'arguments, les uns tirés de l'anatomie, les autres de l'observation clinique.

Les faits, sur lesquels ces arguments reposent, étant bien connus, il ne s'agit ici que de les énumérer rapidement. Commençons par l'anatomie. Que voit-on dans l'hypertrophie de la muqueuse utérine? A l'œil nu, on trouve la muqueuse épaissie également, de couleur rouge-pâle et en examinant des lambeaux, retirés par la curette, il n'est pas rare que l'on puisse y voir quantité de petits trous, les ouvertures des glandes dilatées. A-t-on l'occasion d'examiner un corps de matrice entier, on trouve souvent, au beau milieu de la muqueuse épaissie, un endroit où l'hypertrophie est allée beaucoup plus loin et est arrivée à former un polype muqueux que tout le monde est d'accord à regarder comme un adénome.

Au microscope, on peut distinguer deux états différents, qui pourtant, dans la plupart des cas, se trouvent plus ou moins mêlés.

Dans l'hypertrophie glandulaire ce sont surtout les glandes, comme l'indique le nom, qui offrent des changements. Elles sont allongées en même temps que dilatées et présentent souvent une torsion en spirale, au lieu d'être droites, comme à l'ordinaire. Cela fait que dans une coupe on voit d'abord beaucoup plus de tubes glandulaires et ensuite que ceux-ci présentent les formes les plus irrégulières. Le stroma environnant peut avoir changé dans ce sens qu'au lieu des noyaux ronds il présente des noyaux fusiformes. Voilà tout.

Autre est l'aspect de l'hypertrophie interstitielle. Là, point de dilatation ni de changement de direction des tubes glandulaires. Il n'y a que le stroma qui soit hypertrophié, de sorte que dans les coupes on ne voit que peu de glandes et celles-ci sont parfaitement normales.

Ni dans l'une, ni dans l'autre forme on ne rencontre jamais, mais au grand jamais, des infiltrations de leucocythes. Et ce serait là la seule trouvaille qui pourrait justifier le nom d'endométrite, donné à l'affection dont je parle dans ce moment.

Avant de quitter l'anatomie, je me permettrai de vous rappeler ce que l'on trouve dans les cas où l'inflammation du revêtement interne de l'utérus n'est pas douteux. Ce sont ceux dans lesquels il y a une sécrétion muco-purulente. Il n'est pas douteux, à mon avis, qu'alors c'est surtout la muqueuse du col qui est malade. On a souvent l'occa-

sion d'examiner des parties de ces cols malades et alors on trouve tout le contraire de ce que l'on voit dans l'hypertrophie de la muqueuse, c'est-à-dire, une forte infiltration de leucocythes, s'étendant souvent bien profondément dans le tissu du col.

Eh bien, que l'on fasse le curettage dans un de ces cas.

Au moins vingt-cinq fois contre une, la curette ne retire du corps de la matrice que de très petits débris, absolument impropres à l'examen miscroscopique et qui diffèrent du tout au tout des lambeaux de muqueuse hypertrophiée, dont j'ai parlé tout à l'heure.

Dans les autres cas, rares comme je viens de le dire, dans lesquels le raclage donne de grands morceaux de muqueuse, l'examen miscroscopique révèle la présence des changements décrits plus haut. Donc, il n'y a alors qu'une combinaison de deux maladies, dont l'une est de nature inflammatoire, tandis que l'autre ne l'est pas.

Pour en finir avec l'examen miscroscopique, j'ai encore à remémorer que dans ces derniers temps on s'est évertué, et qu'en effet on a réussi à trouver des microbes dans la muqueuse hypertrophiée. Il est évident que ce fait à lui seul ne prouve absolument rien pour la nature inflammatoire de l'affection. Donc, pour le moment, on devra se contenter d'enregistrer le fait, sans en tirer des conclusions qui ne pourraient être que prématurées.

Laissons là maintenant l'anatomie et parlons de ce que nous enseigne l'observation clinique.

Ici une première question s'impose d'abord. Les symptômes de l'affection sont-ils de nature à faire croire à une maladie inflammatoire de la muqueuse? Evidemment non, puisque dans les cas simples, non compliqués de catarrhe du col, il n'y a qu'un seul symptôme constant, savoir l'augmentation de l'hémorragie menstruelle. A côté de la ménorrhagie, qui prend quelquefois le caractère de métrorrhagie, on note des douleurs plus ou moins fortes, soit menstruelles, soit intermenstruelles, mais qui ne se trouvent nullement dans tous les cas.

Ajoutons encore la stérilité et disons que dans quelques cas rares il se trouve un écoulement assez fort de liquide, plutôt aqueux que muqueux, mais absolument pas purulent, et c'est tout.

Il n'y aurait que le dernier symptôme qui indiquerait une cause inflammatoire et encore ne voit-on cet écoulement que dans une minorité minime des cas et, il faut le répéter, jamais la sécrétion n'est purulente.

Comparons la muqueuse utérine à une autre muqueuse, bien connue pour sa tendance à l'inflammation, la muqueuse nasale. A-t-on

jamais vu le corysa sans sécrétion franchement purulente. Certainement non. On pourrait faire facilement des rapprochements analogues, mais il me semble que celui-ci suffit à prouver, s'il en était besoin, que l'écoulement non purulent que l'on voit depuis l'hypertrophie de la muqueuse utérine, n'a rien à faire avec un état inflammatoire de cette muqueuse. Le dernier argument acquiert encore plus de force quand on se rappelle que c'est surtout dans les cas d'hypertrophie de la muqueuse accompagnant les fibromyômes que l'on voit cette sécrétion.

Ensuite, demandons-nous quelles sont les affections dans le cours desquelles l'hypertrophie de la muqueuse utérine se développe? Je ne parlerai que de celles que l'hypertrophie accompagne régulièrement.

En premier lieu se trouvent ici les flexions de l'utérus et surtout la rétroflexion. Point n'est besoin d'insister sur le fait, connu de vous tous, que la rétroflexion amène presque inévitablement l'hypertrophie de la muqueuse.

Eh bien! je demande comment cela pourrait s'expliquer, la nature inflammatoire de la maladie étant acceptée.

D'où viendrait que dans la rétroflexion la muqueuse utérine serait le siège d'une inflammation, tandis que dans le prolapsus, où les chances d'injection doivent être autrement grandes, on peut dire en règles générale que la muqueuse est saine?

D'où viendrait encore que maintes fois la réduction de la rétroflexion, suivie de l'application d'un pessaire, suffit à guérir la maladie de la muqueuse?

Nommons ensuite les tumeurs de la matrice.

Y a-t-il un cancer du col, bientôt la muqueuse s'hypertrophie. La question soulevée par MM. *Abel* et *Landau,* s'il s'agissait dans ce cas d'une (soi-disant) endométrite ou d'une dégénérescence sarcomateuse, est actuellement vidée dans ce sens, que la maladie de la muqueuse du corps accompagnant le cancer du col est bien celle que l'on se plaît à désigner comme endométrite. Mais le fait qu'un anatomiste distingué tel que M. *Waldeyer* n'a pas hésité à prendre le parti de MM. *Abel* et *Landau* est de nature à faire naître des doutes dans l'esprit des plus ardents défenseurs de la théorie inflammatoire, sur la justesse de leur opinion.

En outre, il y a encore une autre espèce de tumeurs utérines occasionnant l'hypertrophie de la muqueuse. J'ai nommé les fibro myômes. Qu'il se trouve dans la paroi utérine un fibro myôme faisant saillie dans la cavité, l'hypertrophie de la muqueuse se présente inévitablement. Que le fibrôme se développe du côté de la séreuse, la muqueuse reste intacte.

Le fait est bien constaté et on peut le vérifier journellement. Comment faudrait-il expliquer la différence de l'effet provoqué par les fibro myômes selon la place qu'ils occupent, quand on accepte la nature inflammatoire de l'hypertrophie de la muqueuse?

Pour moi, il n'est pas douteux que l'on fait fausse route en parlant d'endométrite hypertrophique et que par là on n'arrive qu'à embrouiller la pathogénie utérine.

Tant de l'examen anatomique que des faits cliniques énoncés, auxquels on pourrait en ajouter d'autres (p. ex., l'hypertrophie résultant de l'involution imparfaite de l'utérus post-partum et celle de la ménopause) il résulte que la soi-disant endométrite n'est qu'une hypertrophie, se développant sous l'influence de troubles de la circulation et dans laquelle l'inflammation n'a rien à voir.

Pour terminer, il ne me reste que deux choses à remarquer.

D'abord j'insiste encore sur le fait que dans les cas de métrite du col on ne retire rien du corps de l'utérus par le curettage. Puisque la propagation de l'inflammation du col au corps de la matrice est probable, sinon prouvée, il y a, à mon avis, dans ce fait-là, une preuve que l'inflammation, non-seulement ne donne pas naissance à une hypertrophie de la muqueuse, mais qu'au contraire elle détruit presque entièrement le revêtement interne de l'utérus.

Ensuite il me faut réfuter d'avance une objection, que l'on ne manquera pas de me faire.

Dans le système actuellement en vigueur rien n'était plus commode que de regarder l'hypertrophie de la muqueuse utérine comme une inflammation. Qu'une infection gonorrhéique ait lieu, elle se propagera du vagin au col, du col au corps, du corps de la matrice aux trompes et de là au péritoine. D'avance il me faut dire que, moi aussi, je suis pleinement convaincu que les choses se passent ainsi. Mais on ne saurait en trouver la preuve directe dans les changements accompagnant les salpingites. On n'a pas le droit de dire : dans le col on trouve la métrite, dans les trompes le pyo-salpinx et entre ces deux l'endométrite hypertrophique, l'inflammation de la muqueuse du corps. Jamais, je le répète, on ne trouve l'hypertrophie de la muqueuse du corps comme effet primaire d'une infectien ou à la suite d'une métrite du col.

Quand on la trouve accompagnant une salpingite, elle existe en qualité de maladie secondaire, occasionnée tant par l'irritation de l'ovaire qui prend part à l'inflammation de la trompe, que par les troubles de la circulation résultant de la salpingite et de la pelvéopéritonite.

En terminant, je pose donc les conclusions suivantes :

1° La maladie, appelée communément endométrite hypertrophique ou fongueuse ne mérite pas ce nom ;

2° Ce n'est pas du tout une maladie inflammatoire;

3° L'anatomie tant que l'observation clinique prouvent que le seul nom indiquant le véritable caractère de la maladie est celui d'hypertrophie de la muqueuse utérine.

UN NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DES INFLAMMATIONS PELVIENNES. TRANSFUSIONS HYPODERMIQUES RÉPÉTÉES DE SÉRUM ARTIFICIEL

par M. **J. Chéron** (Paris).

Depuis une quinzaine d'années, depuis la connaissance approfondie des lois de l'asepsie, la gynécologie a emprunté ses principales ressources thérapeutiques à l'intervention chirurgicale, et dans cette courte période elle est passée par plusieurs phases, elle a subi déjà plusieurs transformations.

Aujourd'hui nous sommes dans une phase où la grande chirurgie a pris en gynécologie une place si grande, que l'attention des gynécologistes et des praticiens s'est détournée de la gynécologie médico-chirurgicale au profit de la grande chirurgie gynécologique.

Les traités du moment sont exclusivement opératoires et tous ceux qui, comme moi, s'appuyant sur une longue étude des maladies des femmes et une non moins longue pratique, pensent et professent que la véritable gynécologie est autre chose que ce qu'on la veut faire en viennent à le dire timidement, comme je le fais aujourd'hui, craignant de rencontrer un bien petit nombre de confrères enclins à partager leur manière de voir.

Mais ce n'est, croyez-le bien, qu'un mauvais moment à passer.

La gynécologie, disaient, il y a peu de temps, les chirurgiens, sera opératoire ou ne sera pas. Depuis lors les gynécologistes, non moins autorisés que les chirurgiens affirment que la gynécologie sera conservatrice ou ne sera pas.

Assurément cette dernière opinion qui déjà fait son chemin ne saurait tarder à triompher et à poser en principe l'assertion de W. Lusk, au dernier congrès triennal des chirurgiens américains : *L'ablation d'un organe n'est pas une victoire, c'est une défaite thérapeutique.*

Entre la laparotomie et l'hystérectomie d'une part, et l'expectation de l'autre, il y a place, croyez-le bien, pour de nombreuses et utiles opérations.

Elles ne sont pas du grand domaine, ces opérations, c'est vrai, mais elles sont essentiellement humaines et profitables aux malades. Elles ne mutilent pas, elles conservent.

Le peu d'importance chirurgicale de ces opérations peu émouvantes, comme le disait récemment devant moi un savant opérateur, doit les faire reléguer parmi les moyens médicaux.

Reléguons-les, je le veux bien, parmi les moyens médicaux, mais permettez-moi de vous dire que le gynécologiste qui sait faire une judicieuse application du curettage, de l'ignipuncture, de l'ablation des ectropions, du hersage du canal cervical, de la dilatation, de l'électricité, du drainage de la cavité utérine par les voies naturelles, du massage local, etc., etc., est un homme utile et secourable qui rendra la santé à de nombreuses femmes qui pourront, de ce fait, pour la plupart, concevoir à nouveau ou pour la première fois et porter à terme sans incident fâcheux, alors même qu'on leur aura proposé la cure radicale par la laparotomie ou l'hystérectomie.

La grande chirurgie est une admirable chose et tout le premier je rends hommage au talent des grands opérateurs qui, les moyens de l'ordre médical épuisés, interviennent avec une merveilleuse habileté que secondent si bien les ressources de l'asepsie, produisant les remarquables résultats opératoires que, chaque jour, nous avons l'occasion de constater.

La chirurgie s'est transformée depuis la découverte de l'antisepsie et ce qui fait sa gloire, ce qui la rend, à un si haut degré, supérieure à la chirurgie ancienne, ce n'est pas la pratique audacieuse et légitime assurément d'opérations nouvelles dont on n'aurait osé concevoir la possibilité il y a une vingtaine d'années, c'est qu'elle est devenue essentiellement conservatrice et qu'elle tend à le devenir tous les jours davantage.

Appliquons à la gynécologie ces principes de conservation de la chirurgie générale, et pour rendre aussi rares que possible ces brillantes interventions, pour réduire au minimum, le nombre de leurs indications, il ne faut pas laisser dire que : la malade qui est restée au repos absolu pendant quelques semaines, voire même pendant quelques mois, avec des cataplasmes laudanisés sur l'abdomen, qui a employé des injections chaudes ou froides, des calmants, des résolutifs et des laxatifs, a épuisé toute la thérapeutique médicale.

C'était, il y a dix ans encore, la thérapeutique classique. Aujourd'hui

nous avons le droit et le devoir de faire mieux ; nous sommes riches de bons, d'excellents moyens que j'énumérais tout à l'heure.

A ces moyens, je vous propose d'en adjoindre un nouveau que j'applique, avec succès, depuis 1885, au traitement des inflammations pelviennes (salpingo-ovarites, pelvi-péritonites, cellulites pelviennes), je veux parler des transfusions hypodermiques répétées de sérum artificiel.

Le sérum artificiel auquel je me suis arrêté en dernière analyse, après des essais comparatifs très nombreux qu'il serait trop long de rapporter ici, mais que j'ai longuement exposé, dans un ouvrage dont je corrige en ce moment les dernières épreuves (1), a pour formule :

Acide phénique neigeux . . .	1 %
Chlorure de sodium	2 %
Phosphate de soude	4 %
Sulfate de soude	8 %
Eau distillée	100 %

Les transfusions se font, à l'aide d'instruments aseptiques (fig. 1 et 2) à la dose variable de 5 gr. à 100 gr. en choisissant de préférence la région rétro-trochantérienne, comme siège de la transfusion.

Ces transfusions ne sont pas douloureuses et ne présentent aucune nocuité ; elles sont facilement acceptées des malades les plus pusillanimes. A la seule condition de prendre les précautions aseptiques d'usage, elles ne sont jamais suivies d'accidents locaux et ne laissent même pas à leur suite d'induration, si on fait suivre la transfusion, quelque abondante qu'elle soit, d'un massage plus ou moins prolongé de la région.

Les transfusions hypodermiques de sérum artificiel suffisent, à elles seules, à remplir la plupart des indications les plus importantes du traitement médical des phlegmasies péri-utérines.

Ces indications thérapeutiques, les auteurs des traités de gynécologie médicale qu'on ne lit plus aujourd'hui, et c'est fort regrettable, les classaient de la façon suivante : 1° combattre la douleur ; 2° favoriser la résorption des exsudats pelviens ; 3° améliorer l'état des fonctions digestives de manière à permettre une alimentation réparatrice et à relever le plus rapidement possible les forces de la malade ; 4° combattre l'anémie consécutive, dont la persistance entraine des convales-

(1) Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie. *Société d'études scientifiques*. Paris.

cences plus ou moins longues, alors même que l'affection locale est guérie.

C'est dans ce même ordre que nous allons étudier l'action des transfusions hypodermiques de sérum artificiel.

1° *Combattre la douleur.* — Dans les pelvi-péritonites aiguës, la douleur est toujours très vive, si bien qu'il est de bonne pratique de recourir aux injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine pour calmer l'agitation et favoriser le sommeil. Depuis que j'emploie les transfusions de sérum artificiel, je n'ai que rarement l'occasion de recourir à la morphine; la douleur est tellement atténuée dès les premières transfusions que la journée est relativement calme et que la malade ne tarde pas à goûter un sommeil réparateur. Je conseille du reste, dans les cas aigus, sans proscrire la morphine, bien entendu, de pratiquer des transfusions à faible dose souvent répétées, jusqu'à ce que la fièvre tombe et que la douleur s'atténue par suite de la limitation du travail inflammatoire.

Les accès de colique salpingienne s'éloignent et disparaissent bientôt sous l'influence des transfusions; on voit de même cesser les crises douloureuses pré-menstruelles qui existent dans le cas de lésion chronique des annexes, si on pratique régulièrement des transfusions hypodermiques pendant la période intercalaire.

Quant aux douleurs continues qui accompagnent les pelvi-péritonites chroniques elles prennent rarement une acuité suffisante pour justifier l'emploi de la morphine en injections sous-cutanées; on les combat plus judicieusement avec la morphine à l'intérieur, ce qui n'expose pas les malades à devenir morphinomanes. Mais ce n'est là qu'un pis-aller, car tous les médicaments qui dépriment le système nerveux finissent par affaiblir les malades. La sédation des douleurs obtenue par les transfusions de sérum artificiel est toujours suffisante pour qu'on puisse supprimer l'usage de tous ces calmants dont on laisse trop facilement prendre l'habitude.

2° *Favoriser la résorption des exsudats pelviens.* — La première fois que j'ai constaté la résorption rapide d'un exsudat pelvien ancien, organisé au point de donner la sensation d'une tumeur fibreuse, et cela alors que j'employais les transfusions hypodermiques dans le but de combattre l'état profondément anémique d'une malade épuisée par des hémorragies profuses, je me suis demandé s'il ne s'agissait pas d'une simple coïncidence.

C'était en 1885, et, depuis lors, j'ai soumis aux transfusions hypodermiques de sérum artificiel tous les cas très nombreux de pelvi-périto-

nite aiguë ou chronique, de pelvi-cellulite, de péri-ovarite que j'ai eu l'occasion de traiter.

Dans tous les cas la résorption a été obtenue avec une rapidité que je n'avais que bien rarement notée dans mes observations antérieures. Dès mes premières recherches, j'ai appelé l'attention des confrères qui me font l'honneur de suivre ma clinique sur les heureux résultats que j'avais obtenus ; ceux d'entre eux qui ont bien voulu expérimenter à leur tour cette nouvelle méthode de traitement, n'ont pas tardé à m'apporter des observations hautement confirmatives de celles que je recueillais moi-même, au jour le jour.

Le fait que l'emploi des transfusions hypodermiques de sérum artificiel accélère notablement la résolution de tous les exsudats inflammatoires du bassin est donc aujourd'hui hors de contestation.

C'est à interpréter le mode, suivant lequel se fait cette résorption que nous devons nous arrêter un moment.

Dans tous les cas de phlegmasie péri-utérine que j'ai examinés à ce point de vue, j'ai constaté un abaissement permanent de la tension artérielle, oscillant, par exemple, entre 9 et 12 centimètres de mercure au sphygmomanomètre, alors que la tension physiologique varie de 16 à 18 centimètres.

J'ai maintenu en observation, pendant un temps variable, un certain nombre de cas anciens, je constatais alors que la pression sanguine restait constamment à un niveau très inférieur à la normale.

Quelques cas de cellulite récente survenue chez des femmes jeunes et vigoureuses, d'une forte constitution, se sont résorbés spontanément ; dans ces cas, j'ai toujours vu que la tension artérielle, plus ou moins abaissée dans les premiers jours, remontait au chiffre physiologique au moment où la résorption allait s'effectuer.

Dans la grande majorité des cas, au contraire, les malades étant de faible constitution ou l'affection pelvienne ayant fortement déprimé leurs forces, il était nécessaire de recourir aux transfusions hypodermiques pour relever la pression sanguine et ce n'était qu'à partir du jour où cette pression était devenue normale que la résorption commençait à se produire; cessait-on les transfusions et l'hypotension reparaissait-elle, il y avait aussitôt un arrêt très net du travail de résolution.

De cette série de faits toujours concordants, j'étais en droit de formuler cette double conclusion :

1. L'absence de résorption des exsudats pelviens est corrélative de l'hypotension artérielle.

2. C'est en ramenant la tension artérielle au chiffre normal ou au-

dessus de la normale que les transfusions hypodermiques du sérum artificiel activent les phénomènes de résolution des exsudats pelviens.

Il en résulte que c'est l'étude de la tension artérielle qui doit servir de critérium pour résoudre ce double problème : quelle est la quantité de sérum qu'on doit transfuser chaque fois, dans un cas donné? Quelle doit être, dans ce cas également, la fréquence des transfusions? En agissant ainsi, on ne laisse rien au hasard et on fait de la thérapeutique vraiment physiologique.

Les doses moyennes de 5 à 10 grammes produisent souvent dans les cas de pelvi-péritonite aiguë, comme dans les cas de pelvi-péritonite chronique, une élévation de 2 ou 3 centimètres de mercure et cette élévation persiste un jour et quelquefois davantage. C'est pourquoi je conseille de commencer le traitement par des transfusions de 5 à 10 gr. répétées, suivant l'état des malades, plusieurs fois par jour, dans les cas aigus, tous les jours ou tous les deux ou trois jours, dans les cas chroniques.

Mais si une transfusion de 5 à 10 gr. ayant été pratiquée, on ne constate qu'une modification légère de la pression sanguine, on ne peut pas s'attarder à répéter les petites doses, il faut faire aussitôt des transfusions de 20 gr., 40 gr., 60 gr. même, de façon à relever nettement la pression sanguine et à la relever d'une façon durable.

Dans les cas anciens, chez des malades épuisées, très déprimées, ce sont aussi les transfusions de 20 à 40 gr. qui seules ont une action durable ; les petites transfusions donnent une surélévation momentanée ; mais au bout de cinq ou six heures, l'hypotension reparaît ; dans ces conditions également les hautes doses doivent être préférées à la répétition des petites transfusions quatre à cinq fois par jour.

La règle à suivre est donc la suivante : pratiquer des transfusions assez abondantes pour obtenir une élévation nette de la tension artérielle ; répéter les transfusions assez souvent pour que la tension se rapproche de la normale. Il y a même avantage à créer pendant quelque temps une hypertension légère (19 à 21 centimètres de mercure), lorsque l'exsudat est ancien, organisé, et que la résolution est lente à se produire.

Toutes les fois que j'ai pu maintenir, pendant une ou deux semaines, une hypertension légère, la résorption s'est effectuée avec une rapidité qui m'a étonné, alors que l'ancienneté des lésions ne permettait pas d'espérer une modification immédiate.

3. *Améliorer l'état des fonctions digestives de manière à permettre une alimentation réparatrice et à relever promptement les forces des malades.* — L'améliora-

tion des fonctions digestives est un des phénomènes les plus frappants qui se produisent chez les malades soumises, pendant un certain temps, aux transfusions hypodermiques de sérum artificiel.

L'état nauséeux des malades atteintes de pelvi-péritonite disparaît dès les premiers jours, l'appétit revient et bientôt l'anorexie si tenace, contre laquelle on luttait péniblement par les autres moyens thérapeutiques, fait place à une véritable boulimie. Nous avons vu des malades qui, avant les transfusions, prenaient péniblement quelques aliments liquides : du lait, des bouillons, des œufs, demander au bout de la première semaine, des aliments solides, les bien digérer, et après une quinzaine ou une trentaine de jours, faire trois ou quatre repas copieux dans la journée, disant qu'elles parvenaient avec peine à satisfaire ainsi leur appétit. Les digestions sont faciles, l'assimilation est complète, aussi voit-on les forces se relever rapidement et l'embonpoint antérieur revenir au bout d'un temps relativement très court.

4. *Combattre l'anémie consécutive dont la persistance entraîne des convalescences plus ou moins longues, alors même que l'affection locale est guérie.* — L'anémie qui accompagne les pelvi-péritonites chroniques bénéficie de l'amélioration des fonctions digestives et sans qu'on ait recours aux ferrugineux, on voit peu à peu le nombre des globules augmenter, en même temps que leur valeur individuelle s'élève jusqu'à atteindre la normale.

Les observations que j'ai recueillies et qui vont être publiées prochainement *in extenso*, dans le travail que je citais tout à l'heure, peuvent être classées de la façon suivante :

Premier groupe : Pelvi-péritonites aiguës : quatre cas, quatre guérisons.

Premier cas. — Péritonite aiguë, cessation rapide de la fièvre, des vomissements et de la douleur après quelques transfusions; traitement incomplet; deuxième poussée sub-aiguë trois mois plus tard, reprise des transfusions pendant deux mois; guérison complète.

Deuxième cas. — Poussée aiguë de pelvi-péritonite avec syncopes répétées; mort imminente; guérison complète en trois mois.

Troisième cas. — Pelvi-péritonite aiguë simulant une péritonite généralisée, deux transfusions par jour; guérison complète en trois semaines.

Quatrième cas. — Pelvi-péritonite aiguë; transfusions à hautes doses; guérison en trois semaines.

Deuxième groupe : Pelvi-péritonites chroniques séro-adhésives et paramétrites chroniques : cent quatre-vingt-deux cas, tous suivis de guérison quand le traitement a été suffisamment prolongé.

Dans ce groupe de faits, la guérison a demandé un temps variable de un à trois mois pour être complète. Quelques cas présentaient une réelle gravité, comme dans une de mes observations où le plastron abdominal dépassait l'ombilic, le ventre ayant le volume de celui d'une femme au neuvième mois de la grossesse, tumeur dure au point d'être prise pendant quelque temps pour une tumeur fibreuse, anorexie presque complète, parésie des membres inférieurs et la résorption complète fut obtenue, dans ce cas, après onze transfusions, et la guérison se maintient depuis sept ans environ, comme je puis m'en assurer tous les jours, la malade étant fille de salle dans mon service de Saint-Lazare.

Troisième groupe : Suppurations pelviennes : cinq cas.

Dans le premier cas, la guérison est survenue après deux ponctions exploratrices ayant permis de retirer du bassin, la première deux litres, la seconde un litre de pus.

Les deuxième, troisième, quatrième et cinquième cas sont des observations d'abcès pelviens ouverts spontanément dans le rectum, mais ayant laissé persister une coque plus ou moins épaisse. La suppuration s'est rapidement tarie, les forces se sont relevées, les fistules se sont fermées et les traces de l'abcès pelvien ont, à leur tour, complètement disparu, sous l'influence des transfusions hypodermiques.

Je suis persuadé que dans une trentaine d'autres observations, j'ai eu affaire à des collections purulentes enkystées, soit dans les trompes de Fallope, soit dans le cul-de-sac de Douglas, et que l'ouverture de l'abcès dans le rectum n'a été évitée que grâce à l'emploi des transfusions hypodermiques de sérum artificiel, mais je n'ai voulu ranger dans ce dernier groupe, que les faits de suppuration pelvienne tout à fait indéniables.

D'après les faits qui précèdent, je crois être en droit de conclure que les transfusions hypodermiques de sérum artificiel représentent un moyen thérapeutique d'une haute importance dans le traitement médical des inflammations pelviennes chez la femme. Elles améliorent rapidement l'état général et possèdent un pouvoir résolutif très remarquable dans tous les exsudats pelviens.

C'est une ressource nouvelle à ajouter à celles que nous possédons déjà : injections vaginales chaudes, pansements glycéro-ichthiolés,

révulsion sur les parois abdominales, badigeonnages des culs-de-sac du vagin avec la teinture d'iode et enfin traitement indirect par la dilatation de l'utérus, le curettage et le drainage de la cavité utérine, moyens thérapeutiques dont aucun ne doit être négligé et qui, lorsqu'ils sont judicieusement employés, permettent, dans la très grande majorité des cas, d'arriver à la guérison complète sans sortir du cadre de la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice.

Pour les injections habituelles, ne dépassant pas 10 grammes, j'ai fait construire une seringue à transfusions, gradué de 1 à 10 centimètres cubes, dont le réservoir, tout en verre, peut être très facilement

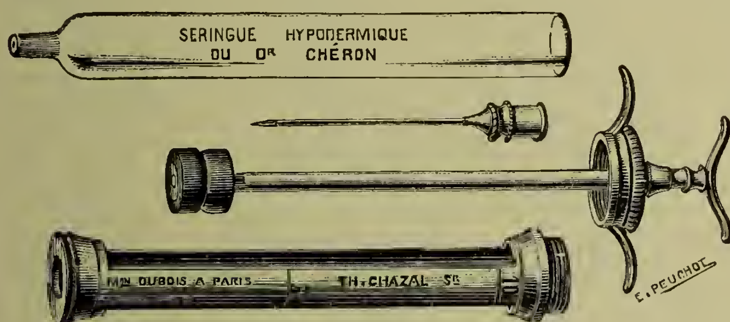


Fig. 1.

aseptisé; à la partie inférieure du réservoir est ménagé un espace, ou demeure, sans pénétrer sous la peau, la partie du liquide qui a été en contact avec le piston, qui d'ailleurs est en amiante.

Le transfuseur qui a été construit, sur mes indications, par M. Dubois, se compose : 1° d'un récipient d'une capacité de 100 centimètres cubes, dans lequel on place la solution à injecter; 2° d'une pompe foulante qui sert à comprimer l'air dans le récipient; 3° d'un manomètre à l'aide duquel on peut mesurer la pression; 4° d'un tube terminé par une aiguille capillaire à injections hypodermiques. Un système de robinets commande les différentes parties de l'appareil.

1° Le récipient, d'une contenance de 100 centimètres cubes, porte une graduation de 0 à 80 centimètres cubes, de 5 centimètres cubes en 5 centimètres cubes; il est constitué par une éprouvette N en verre maintenue par une armature métallique K, munie inférieurement d'une embase métallique, qui assure la stabilité de l'appareil, et, supérieurement, d'un couvercle qui peut être serré énergiquement,

par l'intermédiaire d'une plaque de caoutchouc, sur les bords de l'éprouvette, à l'aide des écrous D. Cette éprouvette s'enlève avec facilité pour en assurer le nettoyage ;

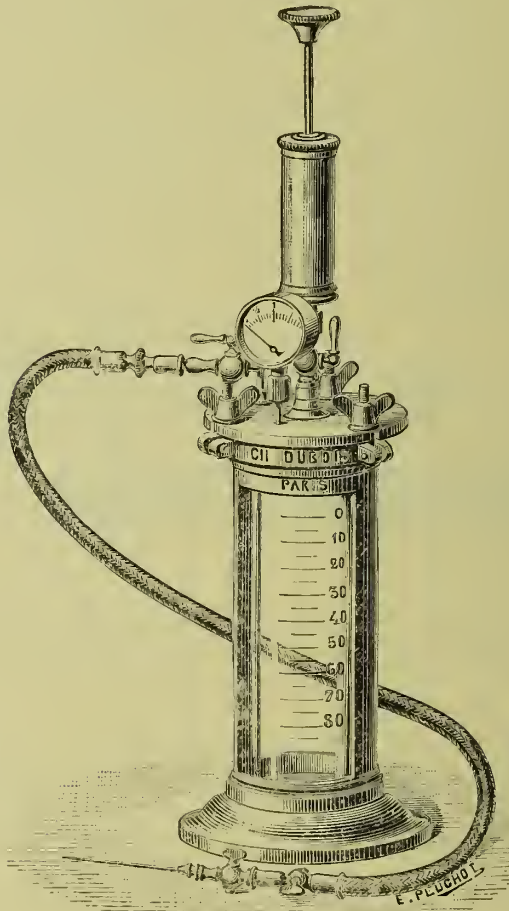


Fig. 2.

2° La pompe foulante A est vissée au centre et à la partie supérieure du couvercle du récipient. Elle est séparée du manomètre par un robinet C ;

3° Le manomètre est gradué par quart d'atmosphère, jusqu'à deux atmosphères ;

4° Le robinet C' sert à permettre ou à empêcher la communication du tube injecteur avec le récipient;

5° Le tube E en caoutchouc à parois épaisses et à lumière étroite, d'une longueur de 35 centimètres environ, est terminé par un ajutage muni de deux robinets F et F' sur lequel se visse l'aiguille à injections hypodermiques Q.

Le robinet F' sert à régler la vitesse de l'écoulement et le robinet F à permettre la communication complète, ou à l'empêcher, avec l'aiguille.

Pour se servir de ce dernier appareil, on verse 80 centimètres cubes de sérum artificiel dans l'éprouvette sur laquelle on fixe le couvercle à l'aide des écrous D. On manœuvre alors la pompe foulante jusqu'à ce que la pression atteigne deux atmosphères; à ce moment, on ferme le robinet C, on ouvre les robinets C, F et F' et le liquide sort par l'aiguille Q. A l'aide du robinet F', on règle la vitesse d'écoulement du liquide. Enfin, on ferme le robinet F et l'appareil est prêt à fonctionner. Une fois l'aiguille introduite sous la peau, il n'y aura plus qu'à ouvrir complètement le robinet F pour faire l'injection hypodermique avec la vitesse qu'on aura réglée à l'avance. Pour les grandes transfusions, si la pression baisse sensiblement avant qu'on ait injecté la quantité voulue, on donne quelques coups de piston jusqu'à ce que le manomètre indique de nouveau deux atmosphères, sans manœuvrer aucun autre robinet que le robinet C, qui commande le manomètre.

AFFECTIONS NÉOPLASIQUES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES. CENT SOIXANTE OPÉRATIONS. — DESCRIPTION DE DEUX PROCÉDÉS INÉDITS D'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE ET VAGINALE

par M. **Doyen** (Reims).

Statistique générale et comparative de trois cents cinq cas d'intervention chirurgicale pour lésions inflammatoires ou néoplasiques de l'utérus et des annexes.

L'ovariotomie est une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne. L'ablation des kystes de l'ovaire ouvrit, en effet, la voie à l'ablation des tumeurs solides des annexes, puis à l'hystérectomie. Aujourd'hui, grâce aux progrès de la méthode antiseptique et de la

technique opératoire, la laparotomie est pratiquée pour toutes les tumeurs abdominales, qu'elles occupent l'utérus, les annexes, le foie, la rate, le rein, le pancréas, l'épiploon, l'estomac, l'intestin, etc.

1. — Affections des ovaires.

1. — HISTORIQUE.

Le premier, Schorkopf (1865) prétendit qu'on pouvait guérir, par l'extirpation de la poche, un kyste de l'ovaire. Hunter proposa de ponctionner le sac et de l'attirer au dehors par une ouverture de deux pouces. Houston (1801), ayant fait une incision de cinq pouces au niveau d'une tumeur ovarienne qu'il ne pouvait vider par la ponction, attira le kyste au dehors et sutura la plaie; la malade guérit et vécut encore seize ans. Mac Dowel, du Kentucky, élève de John Bell d'Edimbourg, qui, sans avoir jamais tenté l'ovariotomie, professait le plus grand mépris pour tous les traitements palliatifs, fit le premier, de propos délibéré, l'ablation d'un kyste de l'ovaire (1809). Il obtint, dans sa pratique, huit guérisons sur treize opérations. Mac Dowel réduisit le pédicule. Nathan Smith (1822), W. L. Altee (1843) firent également l'ovariotomie, et W. L. Altee commença en 1844 sa remarquable série d'opérations qui atteignit en 1871 le nombre de deux cent quarante-six. C'est surtout à la suite des succès de Baker-Brown, de Spencer Wells (1858) et de Kœberlé (1864) que l'ovariotomie se vulgarisa en Europe. Péan prouva par ses succès (1868) que l'opération pouvait être faite à Paris.

Le traitement extra-péritonéal du pédicule fut d'abord assez généralement employé et se montra préférable, avant la vulgarisation de la méthode antiseptique, la suppuration de la ligature étant la cause la plus habituelle de la péritonite post-opératoire. Les chirurgiens d'ailleurs avaient appliqué depuis 1521 le traitement extra-péritonéal du pédicule aux plaies de la rate; et Viard et Ballonius (1581), Matthia Colberg (1678), O'Brien (1814) avaient obtenu ainsi la guérison des hernies traumatiques de la rate.

2. — STATISTIQUE PERSONNELLE.

Septante opérations (soixante ovariotomies, neuf tumeurs malignes, une grossesse extra-utérine).

1° *Ovariotomies.* — Nos ovariotomies proprement dites sont au

nombre de soixante. Il s'est agi cinquante-sept fois de kystes et trois fois de fibrômes de l'ovaire.

Les kystes de l'ovaire proprement dits sont au nombre de quarante-huit, ceux du ligament large de neuf. Quatre kystes de l'ovaire étaient suppurés.

Nous avons observé trois kystes dermoïdes chez deux sœurs. L'affection était, chez l'une d'elles, bilatérale, et le pédicule du plus gros kyste était tordu. Presque toujours nous avons observé des lésions bilatérales. Une malade, âgée de 65 ans, portait deux kystes énormes, aplatis par pression réciproque, et d'égal volume; ce cas est une exception. Une autre malade présentait à la fois un kyste volumineux et un fibrôme calcifié de l'autre ovaire. Le plus souvent, il existait une disproportion notable entre les deux tumeurs et la seconde ne pouvait être trouvée que par l'exploration méthodique du petit bassin. Nous avons pratiqué l'ablation bilatérale des annexes toutes les fois qu'il existait du côté opposé au plus gros kyste une tumeur néoplasique non douteuse; c'est le seul moyen d'éviter aux opérées l'obligation de recourir plus tard à une nouvelle laparotomie, nécessitée par l'évolution d'un kyste de l'autre côté.

Nous avons laissé l'autre ovaire chez les femmes jeunes, quand il était normal; il en a été de même chez les personnes d'un âge avancé et qui présentaient un second ovaire rétracté et peu propice à l'évolution d'une nouvelle tumeur.

Quinze tumeurs sur soixante (25 %) ne présentaient pas d'adhérences dignes d'être notées.

Dans tous les autres cas, nous avons rencontré des adhérences nombreuses à l'épiploon, au foie, au rein, à l'intestin, etc. Ces dernières existaient sur une grande étendue chez une femme pesant le poids énorme de 140 kilos et qui présentait du sucre dans les urines lors de son entrée à la clinique, huit jours avant l'opération. Plusieurs chirurgiens avaient refusé de faire dans ce cas l'ovariotomie. L'intestin fut détaché au thermo-cautère, et la malade, qui, avant l'opération, avait suivi un régime approprié, guérit en peu de temps; elle se porte à merveille depuis plusieurs années. Nous nous sommes toujours rendu maître des adhérences sans grande difficulté, en opérant vite et en détachant rapidement avec les doigts celles qui ne constituent pas pour la tumeur de véritables pédicules vasculaires (1).

(1) Nous avons depuis longtemps l'habitude d'opérer en nous plaçant à droite de la malade et avec un seul aide, outre la personne qui donne le chloroforme. Les instruments, fils, compresses, etc., sont à notre portée. Jamais une

Nous lions en général ces dernières une à une et très rapidement, et nous les sectionnons, après avoir appliqué du côté de la tumeur une pince à forcipressure. Ce procédé est plus rapide que la pratique méthodique de l'hémostase préventive, que conseille Péan, et que nous n'employons qu'exceptionnellement; en effet, on est alors gêné au cours de l'opération par les pinces, souvent trop nombreuses, et il faut perdre plus tard un temps précieux pour faire les ligatures.

Parmi les autres complications, nous signalerons trois cas de torsion du pédicule.

Les tumeurs étaient de moyen volume. Cet accident a produit la nécrobiose des tumeurs et une péritonite adhésive sans symptômes bruyants. Les malades se plaignaient de douleurs abdominales, présentaient du ballonnement, des vomissements; mais aucune d'elles ne gardait le lit. Dans un de ces cinq cas de torsion du pédicule, il s'agissait d'un bibrôme de l'ovaire; la tumeur était partout adhérente et le péritoine très vascularisé. L'opération se fit en vingt minutes. Plusieurs de nos kystes étaient compliqués d'ascite; mais cette coïncidence est tout particulièrement remarquable dans les cas de tumeurs solides de l'ovaire. Deux de nos fibrômes de l'ovaire étaient, en effet, accompagnés d'ascite et l'épanchement s'était produit si rapidement dans un cas, que la malade, en moins de quatre semaines, fut prise d'étouffements et d'accidents cardiaques qui nécessitèrent l'opération d'urgence. Trois fois le kyste s'était rompu dans le péritoine, entre notre premier examen et l'opération : cette rupture a produit une inflammation assez vive de toute la séreuse, qui s'est montrée rouge et vascularisée, aussi bien à la surface de l'intestin qu'au niveau de son feuillet pariétal. La toilette du péritoine a été faite à l'aide de larges irrigations d'eau stérilisée tiède, le liquide visqueux et sanguinolent qui la remplissait jusque dans la cavité du diaphragme ne pouvant s'éponger aisément.

Nos kystes suppurés donnèrent lieu à des complications opératoires assez sérieuses. Des trois malades, l'une était diabétique; la deuxième était atteinte de suppuration pelvienne depuis près de quatre mois,

---

troisième personne n'y porte la main. L'aspiration des kystes se fait à l'aide d'une trompe à vide d'Alvergniat qui nous sert également à remplir nos bocaux de liquides antiseptiques. Les bocaux ne sont donc jamais ouverts. Ils sont munis de thermo-siphons et de régulateurs. Les compresses et l'eau stérilisées par température humide de 130°; les instruments, par la température sèche de 150°, et la soie bouillie avant chaque opération dans l'eau phéniquée à 1/20, selon le procédé de Czerny, qui est demeuré de tous le plus sûr.

le kyste ayant été infecté par le voisinage d'une salpingite puerpérale suppurée. La troisième, âgée de 25 ans, venait d'accoucher, et le kyste fut infecté de streptocoques à la suite des couches. La première fut opérée en pleine péritonite généralisée : il y avait du pus (avec staphylocoques) jusqu'à la face supérieure du foie. Grâce à une toilette péritonéale minutieuse, les accidents immédiats furent conjurés; mais il se produisit une rechute et la mort survint au bout de dix jours. La troisième survécut non sans avoir été d'une faiblesse telle, après l'opération, qu'elle demeura presque sans connaissance pendant quarante-huit heures; la température, de 40° avant l'opération, ne tomba que le troisième jour. Chez ces trois malades, la suppuration du kyste avait déterminé l'évolution d'une péritonite aiguë dans le premier cas, subaiguë dans les deux autres. Ces femmes se trouvaient dans la misère physiologique la plus profonde. Nous avions pris soin, avant l'opération, de vider la poche à l'aide d'un petit trocart et de la laver au sublimé pur et à l'eau stérilisée (1).

Nous lions, en général, le pédicule en masse; le fil est ensuite passé à une ou deux reprises au travers du pédicule, au delà de la première ligature, et lié de nouveau (voir fig. 6). La section se fait à 8 ou 10 millimètres de là.

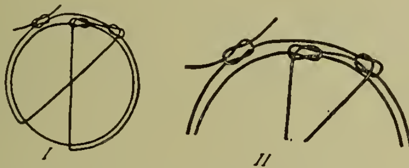


Fig. 6. — Ligature du pédicule ovarique. — *Légende :* I. Nœud dans son ensemble; ligature circulaire puis ligature hémicirculaire faite avec les extrémités du premier fil; enfin ligature analogue, au sortir du deuxième nœud. II. Détails de chaque nœud.

Ainsi la ligature ne peut s'échapper, et il n'y a pas à craindre de blesser, en transperçant primitivement un pédicule très vasculaire, une grosse veine, dont l'hémostase est alors fort laborieuse.

Nous signalerons encore, au point de vue du manuel opératoire, un artifice très précieux dans certains cas où les adhérences supérieures du kyste sont nombreuses et difficiles à atteindre. Sans nous

(1) Nous ferons remarquer, qu'à l'encontre de bien des chirurgiens, nous ne considérons comme tumeurs suppurées que celles dont le contenu est réellement purulent, et non pas puriforme; nous avons observé dans ces trois cas : une fois le streptocoque, deux fois le staphylocoque.

préoccuper de ces dernières, nous allons à la recherche du pédicule utérin de la tumeur et nous le sectionnons tout au début de l'opération. Le kyste se trouve ainsi mobilisé et sa libération définitive n'est plus qu'un jeu.

Nous ne faisons la toilette du péritoine que s'il a été contaminé au cours de l'opération par du sang ou du liquide visqueux; nous employons à cet effet de l'eau stérilisée à 130° et refroidie à la température de 40 à 45°. Toutes les fois que l'opération est simple, nous négligeons la toilette de la séreuse et nous refermons simplement le ventre par une suture à étages, en prenant soin de retirer une à une les compresses stérilisées qui ont protégé l'intestin pendant l'opération. Nous réduisons toujours le ou les pédicules et nous faisons au thermo-cautère la section de la trompe, sa muqueuse pouvant être infectée. Quatre fois seulement, nous dûmes par nécessité suturer à la paroi ce que nous n'avions pas pu réséquer de la poche.

Nos opérations d'ovariotomies nous ont donné des résultats très satisfaisants, puisque sur soixante opérations nous n'avons perdu que trois opérées. Deux de ces dernières étaient les deux premiers cas de kystes suppurés et compliqués de péritonite que nous avons signalés; la troisième a été enlevée par une broncho-pneumonie double, après une opération des plus simples, qui dura à peine quinze minutes : elle était âgée de 75 ans. De telle sorte que, sur nos opérées de tumeurs non suppurées et au-dessous de 75 ans, sur cinquante-six opérations, nous n'avons pas eu d'insuccès. Plusieurs de nos opérées étaient âgées de plus de 60 ans, et nous avons rencontré chez elles les complications opératoires les plus sérieuses. Les cas de guérison les plus remarquables sont ce kyste énorme et partout adhérent, chez une femme d'une cinquantaine d'années ayant, huit jours avant l'opération, du sucre dans les urines, et pesant 140 kilos, dont nous avons cité le cas plus haut; puis un kyste très adhérent du ligament large, chez une femme de 63 ans.

Nous avons noté la fréquence relative de la névralgie sciatique dans les cas de petites tumeurs enclavées et enflammées du petit bassin; nous l'avons également rencontrée chez des femmes atteintes de métrites invétérées à forme névralgique, et dans un cas de gros kyste ovarique presque sans adhérences. L'ovariotomie ou l'hystérectomie ont fait disparaître à tout jamais ces sciatiques, traitées en vain depuis nombre d'années par tous les moyens médicaux.

2° *Tumeurs malignes.* — Nous avons opéré neuf cas de tumeurs de mauvaise nature qui se répartissent ainsi : quatre malades présentaient des tumeurs végétantes compliquées d'ascite (épithéliomas cylindri-

ques). Chez deux de ces femmes, la présence d'un kyste avait été constatée dans un examen antérieur. Les végétations intra-kystiques se sont inoculées au péritoine à la suite de la rupture d'une des loges. Dans le troisième cas, il restait manifestement des débris de la poche. La quatrième malade avait supporté de mois en mois, non sans s'épuiser, près de septante ponctions de 30 à 35 litres chacune et représentant environ 2000 litres de liquides; la tumeur végétante remplissait le petit bassin. Le péritoine pariétal avait subi la transformation fibro-cartilagineuse, et avait une épaisseur régulière de 6 à 8 millimètres. Cette malade a succombé. Il en fut de même chez une autre, qui était atteinte de kyste dégénéré du ligament large, compliqué d'ascite et de péritonite chronique, avec sclérose et induration du péritoine pariétal et viscéral : l'ascite évacuée, et la tumeur extirpée, les intestins se trouvèrent rétractés sous le diaphragme, de telle sorte qu'il resta à l'emplacement du kyste un vide énorme et impossible à combler (1). Une sixième malade présentait une tumeur maligne et des accidents fébriles qui avaient fait songer à une collection suppurée. Les trois dernières étaient atteintes de tumeurs mal limitées. Terrier, chez l'une d'elles, avait pensé à l'existence d'un kyste dermoïde de l'ovaire. Il s'agissait de masses colloïdes diffuses, qui donnèrent lieu à des interventions incomplètes; c'est la plus âgée de ces femmes qui survécut le plus longtemps (près de dix-huit mois). Deux de nos opérées de tumeur végétante restent sans récidive.

3° *Grossesse extra-utérine.* — Nous terminerons cette série de laparotomies en mentionnant un cas de grossesse extra-utérine abdominale; le fœtus remua jusqu'à neuf mois et l'opération ne fut pratiquée que quatre mois plus tard : il n'y avait plus trace de liquide amniotique. La malade quitta la clinique au bout de trois semaines.

Si nous récapitulons les résultats de ces septante cas, nous trouvons en bloc six morts opératoires qui se répartissent ainsi :

Cinquante-sept tumeurs non suppurées des ovaires et des ligaments larges (cinquante-quatre kystes, trois fibrômes) : un mort, 75 ans, broncho-pneumonie; (kyste sans adhérences).

Trois tumeurs suppurées, compliquées dans un cas de diabète, dans un autre d'abcès de trompe, et chaque fois de péritonite subaiguë généralisée : deux morts. La malade qui guérit, âgée de 25 ans, demeura près de quarante-huit heures après l'opération presque sans

(1) Nous avons observé un cas analogue de péritonite viscérale, fibreuse et rétractile, compliquée d'ascite, chez un jeune homme.

connaissance ; la température, de plus de 40° au moment de l'intervention, ne tomba que le troisième jour.

Neuf tumeurs de mauvaise nature : tumeurs végétantes avec ascite ou péritonite chronique ; cancer colloïde : trois morts. Deux de ces opérées vivent encore (tumeurs végétantes avec ascite) ; deux autres ont eu une survie de plus d'un an (une tumeur végétante et un cancer colloïde enkysté (62 ans).

II. — Affections néoplasiques de l'utérus.

Nous diviserons les cent quinze opérations qui s'y rapportent en trois catégories :

1° Les *hystérectomies abdominales*, c'est-à-dire les laparotomies (45) (1) ;

2° Les *hystérectomies vaginales* (48) ;

3° Les *hystérotomies* ou simples incisions de l'utérus (22).

I. — HISTORIQUE.

L'ablation totale de l'utérus fut pratiquée bien avant l'ovariotomie, mais par les voies naturelles ; et, de même qu'on faisait dès le XVIe siècle, l'ablation de la rate dans les cas de hernies traumatiques de cet organe, plusieurs chirurgiens eurent la hardiesse de tenter l'extirpation d'une partie ou de la totalité de l'utérus prolabé en faisant saillie à la vulve. Il s'agissait le plus souvent de cas d'inversion utérine compliquée de grangrène. Schenk, de Grafenberg, nous dit Hégar, réunit, en 1600, vingt opérations d'hystérectomies. La première hystérectomie pour cancer fut pratiquée par Andréas, à Crucé, en 1560. Toutefois, nous ne pouvons envisager cette opération qu'à partir de l'époque où on tenta de la faire, non plus par nécessité, mais de propos délibéré.

Les opérations de Marshall (1783) et de Langenbeck (1813) ont été faites toutefois dans des cas d'inversion et paraissent ne pas avoir été des cas d'extirpation totale (Hégar, p. 324).

La première ablation d'un utérus non prolabé appartient à Sauter, de Constance (1822). Le vagin fut simplement tamponné avec de la charpie et la malade guérit de l'opération. Blundell (1828) eut également un succès dans un cas de cancer. Récamier, le premier, fit la

(1) Vingt-cinq de ces opérations ont été déjà comptées parmi les cas de « castration totale par le vagin ».

ligature préventive des ligaments larges et guérit également la malade (1829).

L'année suivante (1830), Delpech recommanda un procédé mixte et conseilla de combiner la laparotomie à l'hystérectomie vaginale ; de nouvelles guérisons d'hystérectomie vaginale furent publiées ensuite par Kieter, de Kasan (1848) et par Henning (1876) ; ce dernier enleva avec succès par le vagin, pour remédier à des métrorrhagies graves, l'utérus, et avec lui l'ovaire et la trompe gauche.

a) *Hystérectomie abdominale.* — L'histoire de l'hystérectomie abdominale est plus récente et ne date que de 1825. Les premiers ovariotomistes, Lizars (1825), Dieffenbach (1826), Altee (1849-1851) rencontrèrent parfois des tumeurs solides de l'utérus au lieu de kystes : ils refermèrent le ventre. Sur quatorze faits de ce genre, cinq furent mortels (Pozzi, p. 297). Granville (1837) tenta sans succès d'enlever une tumeur sous-séreuse pédiculée. Altee réussit en 1844. La première guérison d'une amputation partielle de l'utérus par la laparotomie appartient à Burnham (1853), mais il croyait avoir affaire à un kyste. Kimball, au contraire, fit, de propos délibéré et avec succès, la même opération (1855). Le second, Kœberlé opéra après un diagnostic raisonné (1863); il avait déjà fait neuf hystérectomies abdominales, quand Péan pratiqua sa première opération en 1869. Les noms de Kœberlé et de Péan sont liés à l'histoire de l'amputation supra-vaginale de l'utérus avec traitement extra-péritonéal du pédicule. Ces deux chirurgiens, en préconisant la ligature métallique faite à l'aide du serre-nœud de Cintrat et l'emploi des broches d'acier, établirent cette opération sur de véritables bases scientifiques.

Porro (21 mai 1876) substitua de propos délibéré à l'opération césarienne l'amputation supra-cervicale de l'utérus. Il sauva la mère et l'enfant. Son opération eut un grand retentissement et rentra dès lors dans les indications chirurgicales des rétrécissements du bassin chez les femmes enceintes. Fochier (de Lyon), Tarnier, Lucas-Championnière furent les premiers chirurgiens qui firent en France l'opération de Porro, dont nous avons pu nous-même apprécier la valeur. (Voir, plus loin : Hystérectomie abdominale.)

La ligature élastique provisoire fut employée pour la première fois par Kleberg, d'Odessa (1875), et proposée en 1878 par Martin au Congrès des naturalistes allemands à Cassel. Hégar substitua au fil de fer le fil élastique pour l'hémostase définitive du pédicule (1879).

La réduction du moignon cervical, évidé et suturé, fut proposée par Schrœder au Congrès de 1878 à Cassel et plus tard, en 1880, par Spencer Wells, qui ne connaissait pas les opérations de Schrœder.

Vers la même époque Czerny (1879), Kaltenbach (1881) tentèrent la ligature élastique perdue, qui fut péconisée tout particulièrement par Olshausen en 1884. Les accidents observés à la suite de la réduction du pédicule par l'un ou l'autre procédé engagèrent Meinert, d'Odessa (1885), à ouvrir le cul-de-sac de Douglas, pour faire passer le pédicule par le vagin. Son unique opération fut un insuccès. Wœlfler et Von Hacker, assistants du professeur Billroth, proposèrent, pour plus de sécurité, de traiter le pédicule par le procédé de Schœder et, au lieu de le réduire, de le fixer par des points de suture au contact de la paroi abdominale; la partie correspondante de la suture pariétale était tamponnée à la gaze iodoformée ou drainée. Sænger (1886) proposa d'isoler le pédicule en suturant au-dessus de lui le péritoine pariétal. Sænger avait réussi par ce procédé à réhabiliter l'opération césarienne et les succès qu'il obtint par sa méthode de section et de suture de l'utérus permirent désormais de choisir, suivant qu'il y avait ou non indication de conserver l'utérus, entre l'opération de Sænger et l'opération de Porro.

Du traitement intra-péritonéal du pédicule à l'extirpation totale de l'utérus par la laparotomie, il n'y avait qu'un pas; et l'opération proposée tout d'abord par Delpech en 1830 fut préconisée de nouveau en 1878 par Freund pour l'ablation de l'utérus cancéreux.

L'opération de Freund donna des résultats déplorables, et, malgré les tentatives de Rydygier, Schrœder, Mac-Cornac, etc., on enregistra une telle proportion d'insuccès que cette méthode tomba dans le discrédit le plus complet. Hégar et Kaltenbach, sur cent dix-neuf cas, ont noté quatre-vingt-cinq morts, soit 72 %, et l'hystérectomie abdominale, abandonnée pour le cancer, tomba dans l'oubli durant plusieurs années.

Toutefois quelques chirurgiens tentèrent l'ablation totale de l'utérus par la méthode mixte (voie abdominale et vaginale combinées) dans des cas bien déterminés, tels que la coexistence d'un utérus gravide et d'un cancer du col très étendu. On pratiquait l'amputation supra-vaginale de l'utérus, et le moignon, enserré par le fil élastique, était extirpé par le vagin. Péan (1886 et 1887), Lister, Bouilly (1890) et nous-même (1887) fîmes cette opération. Il s'agissait dans ce cas d'un cancer déterminant des accidents graves et compliqué de grossesse au huitième mois. Cette tentative ne fut pas suivie de succès, pas plus que deux opérations de Freund pour cancer, que nous avions pratiquées en 1886 avec le Dr Décès, de Reims.

L'opération de Freund devait être cependant réhabilitée, non pas pour le cancer, la voie vaginale étant devenue la meilleure pour

les petites tumeurs utérines, mais pour les fibrômes volumineux.

Martin, qui pratiquait de préférence, quand faire se pouvait, l'énucléation des myômes interstitiels (1878), préconisa en 1889 l'hystérectomie totale par la voie vaginale et abdominale combinées.

Nous avons vu Martin opérer à Bruxelles devant les membres du Congrès avec l'habileté qui lui est connue. Les ligaments larges furent liés en étages, à la manière de Freund, le col évidé, et le faisceau de fils, dont le nombre n'était pas moindre de vingt-cinq ou trente, fut habilement passé par le vagin. Le péritoine pelvien fut refermé et la plaie abdominale suturée. La malade guérit.

Guermonprez, en France, a voulu rééditer comme nouveau le procédé de Freund. Les opérations du médecin lillois (trois cas avec deux insuccès) ayant trouvé quelque écho, sans doute parce qu'on les avait imparfaitement analysées, nous croyons devoir les commenter en détail, afin d'en faire ressortir l'absence d'originalité comme l'imperfection flagrante, tant au point de vue des indications opératoires que des détails même de l'intervention.

Guermonprez a présenté à l'Académie un *procédé probablement nouveau* d'hystérectomie totale par la laparotomie.

Observation I. — Col non visible au spéculum et dirigé en arrière.

« Utérus *enclavé et trop étroitement fixé* pour permettre un abaissement qui serait d'ailleurs entravé *par le volume de la tumeur* ». (Nous verrons plus loin que l'utérus était au contraire presque normal et qu'il a été attiré sans difficulté hors de la plaie).

Opération. — Incision médiane partant du milieu de l'espace compris entre le sternum et l'ombilic et se continuant jusqu'au pubis. (Quelle incision pour sortir un utérus qui ne faisait même pas saillie au-dessus du pubis !)

1° « La main amène la tumeur avec une relative facilité entre les lèvres de la plaie » ;

2° Hémostase préventive, forcipressure et section des ligaments larges au ras de l'utérus ;

3° Traction de l'utérus en haut et section transversale du repli vésico-utérin. Isolement de la vessie ;

4° Perforation du cul-de-sac vaginal antérieur avec une sonde cannelée qui est conduite en arrière à travers le vagin et perfore le cul-de-sac de Douglas ;

5° Amputation supra-cervicale de l'utérus. Ablation des annexes, et extraction finale du col utérin ;

6° Lavage du péritoine, tamponnement du vagin, fermeture du ventre.

La durée de l'opération n'est pas notée. La première malade guérit.

La seconde opération dura deux heures et l'opérée succomba, malgré la simplicité du cas.



Fig. 7. — Utérus enlevé par M. le Dr Guermonprez (de Lille), d'après une photographie. - La sonde cannelée est placée dans la cavité de l'utérus.

Nous ferons grâce au lecteur des détails du deuxième cas, où l'opérateur faillit perforer la vessie et se reprit jusqu'à cinq ou six fois pour pratiquer l'hémostase des moindres artères.

Mais la critique la plus sévère de ces opérations résulte du seul examen d'une figure de Guermonprez que nous reproduisons ici. En effet, la sonde cannelée (Voir fig. 7) est le témoignage irréfutable des dimensions des utérus enlevés, qui étaient à peine augmentés de volume. Les autres tumeurs étaient identiques ou peu s'en faut.

L'hystérectomie vaginale n'eût demandé que quelques minutes et se trouvait seule indiquée, si tant est qu'il était utile de faire l'ablation totale de l'utérus. Et tout au moins, pour la deuxième malade, rien n'eût été plus aisé que d'extraire, avec l'aide d'une simple dilatation ou d'une incision du col, le petit fibrôme sous-muqueux figuré (Voir Guermonprez, fig. 4. p, 23, et ci-contre fig. 7). Cette personne est morte.

M. Guermonprez a cru devoir joindre à sa brochure une observation de M. Lannelongue, de Bordeaux, qui a enlevé par son procédé « d'hystérectomie abdominale en deux temps » un utérus de 9 kil., contenant dans sa paroi des fibrômes et tout particulièrement un « fœtus de 4 mois » dont l'existence n'avait pas été soupçonnée. Il est cependant noté que la malade, bien réglée jusqu'en mars 1892, avait cessé de l'être « exactement quatre mois avant l'opération, qui eut lieu le 6 juillet » et que le ventre avait pris rapidement un volume considérable, détail peu compatible avec le développement d'un fibromyôme. La malade allait bien le dixième jour. Espérons qu'elle n'a pas succombé depuis. A propos de ce cas, M. Lefèvre, de Bordeaux, insiste sur l'arrêt brusque des règles, qui, d'après lui, se produit quelquefois par suite de la seule présence d'un fibrôme !

Il nous semble que le contraire est plus souvent observé, et que tout au moins, après l'ouverture du ventre, on eût pu reconnaître la grossesse.

Camelot à son tour (1) s'extasie sur la méthode opératoire de Guermonprez et cite une nouvelle opération faite par le médecin lillois dans un cas d'erreur de diagnostic. « Il croyait à un fibrôme, tandis qu'il s'agissait d'un cancer ». La malade est morte. L'utérus était cette fois encore de très petit volume, et l'hystérectomie vaginale, outre qu'elle eût amené une guérison opératoire certaine, était seule indiquée.

Nous espérons que Guermonprez ne cherchera plus, après ce nouveau cas, à prétendre que son opération est autre que celle de Freund, puisqu'il a opéré comme Freund un cancer, et que ces résultats déplorables (66 °/₀ d'insuccès) suffiront pour faire apprécier sa méthode (2).

b) Hystérectomie vaginale. — C'est à Czerny qu'appartient l'honneur d'avoir réhabilité l'hystérectomie vaginale (1879). Billroth, Schrœder, Martin, Wœlfler (1880), Mickulicz, et peu après Teuffel, Kocher, Müller, le suivirent dans cette voie; et, dès 1881, Hailden publia les

---

(1) Revue critique sur l'hystérectomie totale abdominale pour fibromyômes utérins; in *Nouv. Arch. de Gyn. et d'Obst.*, 25 août 1892, p. 377.

(2) Nous avons lu une autre brochure de Guermonprez, qui décrit comme *actinomycose*, sans le moindre examen bactériologique, des cas qui n'en sont évidemment pas. Nous croyons de notre devoir de signaler ces faits, rien n'étant plus dangereux, au point de vue scientifique, que ces erreurs basées sur de simples hypothèses, ou, ce qui est pis encore, sur un examen insuffisant des pièces.

résultats de cinquante-deux opérations récentes, avec une mortalité de 32 °/o environ; en 1884, sur cent quarante-six cas, la proportion d'insuccès demeurait la même. Martin, réunissant à son tour à la fin de l'année 1886 la pratique de six des hystérectomistes les plus expérimentés, obtint sur trois cent onze opérations une mortalité de quarante-sept cas, soit 15 °/o. Les résultats ont été dépassés depuis et il n'est pas rare aujourd'hui d'obtenir des séries de vingt-cinq (Péan) ou de trente (Ott) succès consécutifs. Nous avons nous-même dépassé ces chiffres.

A qui appartient en réalité l'application méthodique de la forcipressure à l'hémostase définitive du ligament large? Pozzi (p. 401) signale Spencer Wells comme ayant eu le premier l'idée de laisser des pinces à demeure sur le ligament large (1882). Son élève E. Jemming guérit en 1885 une malade par ce procédé. Le 19 juin et le 5 août 1885 (obs. 773 et 774), Péan combina la ligature et la forcipressure. L'opération du 5 août dura quatre heures. Le 21 août 1885, pour la première fois, il laissa par nécessité, l'utérus cancéreux et ramolli étant difficile à attirer au dehors, des pinces à demeure sur les ligaments larges. L'opération dura deux heures (obs. 775). La malade mourut le troisième jour.

Le 6 et le 19 juillet 1886 (obs. 906 et 907) Péan pratiquait encore la ligature des ligaments larges et la suture du vagin. Et ce n'est que le 21 juillet 1886 (obs. 908), après la communication de Richelot à l'Académie (13 juillet), qu'il prit le parti de laisser méthodiquement à demeure les pinces qui ne lui servaient jusqu'alors qu'à l'hémostase préventive. Richelot avait au contraire proposé, dès novembre 1885 à la Société de Chirurgie, de laisser les pinces à demeure selon l'idée de Spencer Wells. Le 8 juillet 1886 et de propos délibéré, il mit ce procédé à exécution, puis le communiqua à lAcadémie de Médecine le 13 juillet 1886. Il est donc bien évident que Péan, tout en ayant auparavant, par exception ou par nécessité, laissé des pinces à demeure après l'hystérectomie vaginale, n'a employé méthodiquement la forci-pressure non plus temporaire mais définitive que le 21 juillet, c'est-à-dire dans sa deuxième hystérectomie qui suivit la communication de Richelot (13 juillet 1886). (Le 19 juillet il avait encore lié et réduit les ligaments). Cette opérée succomba.

Ces dates, dont l'exactitude est facile à vérifier, assurent sans conteste à Richelot la priorité dans l'application méthodique à l'hystérectomie de pinces à demeure. Bien mieux, la revendication de Péan au deuxième Congrès de Chirurgie (1886, pp. 388 et suiv.), est tout artificielle et n'est basée que sur ce fait, qu'il laissait des pinces à

demeure dans d'autres opérations. Aussi, ne pouvant opposer à Richelot de dates précises concernant l'hystérectomie, ne trouve-t-il rien de mieux à faire que de détourner la discussion en la plaçant sur un terrain général pour se proclamer « l'inventeur de la méthode hémostatique ».

Richelot emploie des pinces d'un modèle spécial, courbes sur le champ, et les applique de bas en haut. Il laisse à demeure quatre pinces au moins (*de Chir.*., 1886, p. 978). Son procédé diffère donc du nôtre ; nos pinces à mors élastiques n'étant laissées qu'au nombre de 2, 1 pour chaque ligament, et appliquées, non pas de bas en haut, mais de haut en bas. Notons que les nouvelles pinces de Richelot sont faites actuellement avec des mors élastiques, d'après notre modèle.

Nous tenons d'autant plus à rétablir les faits dans leur ordre exact que la méthode générale de l'hémostase préventive et de morcellement, recommandée par Péan comme une méthode de choix et devant être appliquée à tous les cas, *est à notre avis une méthode d'exception et se montre défectueuse toutes les fois qu'on peut agir autrement.*

Péan s'exprime ainsi (*Clin.*, t. VII, pp. 22-118) : « J'ai considérablement abrégé la durée des opérations et pu dès cette époque tenter l'ablation de masses néoplasiques volumineuses et vasculaires que l'on n'avait pas encore osé aborder.

» Mais le progrès fut bien autrement considérable, le jour où, m'étant rendu compte du peu de vascularité intérieure de la plupart des grandes tumeurs, je n'hésitai pas à les attaquer d'emblée par leur portion centrale....

» Il n'est aucune région, aucune tumeur auxquelles le morcellement ne soit applicable ».

Péan cite ensuite une variété de tumeurs opérées par le morcellement : un goitre (*Cliniques*, t. VII, p. 62, fig. 17), un cancer du larynx (*Cliniques*, p. 67 fig. 18), un lipome de l'aisselle, etc., etc. (*Cliniques*, p. 69, fig. 19), un rein et même, la section en V du méso-côlon (résection du côlon descendant et de l'S iliaque), etc., etc., le curettage d'un cancer utérin (*Clin.*, fig., 34, p. 102), et le raclage d'un ganglion tuberculeux du cou, etc., etc. (*Clin.*, p. 57, fig. 15) ! Nous nous refusons à admettre comme des cas de morcellement ces trois dernières opérations, et c'est à tort, selon nous, que Sécheyron admet, d'après Péan, comme exemple de morcellement, l'ablation de polypes utérins du volume d'une noix (pp. 253, 256, 259), et enlevés par section du pédicule d'un simple coup de ciseaux, ou bien au thermo-cautère. Cet abus de la forcipressure et du morcellement est évident à l'aspect des figures 2 (p. 28), 7 (p. 35) et 8 (p. 38) du t. VII des *Cliniques* de

Péan, et l'extirpation du larynx qu'il figure (p. 67, fig. 18) comme un cas d'extirpation totale, et qui sans doute a été publié comme tel, n'est, d'après la légende même, qu'un « morcellement sous-périchondrique » fait, nous dit Péan, «par la section verticale du larynx, et à la pince emporte-pièce, sans crainte de léser les vaisseaux et nerfs importants du voisinage ». Il est évident que Péan fait abus dans ces différents cas du terme, » de « morcellement » comme autre part de celui de « tumeur », quand, dans ses leçons sur le diagnostic et le traitement de tumeurs de l'abdomen et du bassin (1885), il nous décrit : les tumeurs par arthrite, les tumeurs par plaie (coupures, piqûres), les tumeurs par corps étrangers (calcul vésical), les tumeurs par rétrécissement (rétrécissement de l'urètre), les tumeurs par inflammation (vaginite), et pousse l'amour du néologisme jusqu'à décrire les tumeurs par « absence » (malformations congénitales) qui, sans doute, sont le contraire de tumeurs par « néoplasmes », les seules qui eussent mérité réellement le terme de tumeurs.

Et si nous revenons au morcellement « à outrance » de Péan, nous demanderons à l'auteur quel avantage il retire de sa pratique pour l'ablation d'un lipome de l'aisselle, d'un goitre ou de tumeurs analogues, si faciles à énucléer en entier de leur capsule celluleuse, d'après la méthode de notre cher maître M. Léon Labbé.

La plupart du temps il ne peut réussir ainsi qu'à prolonger bien inutilement l'opération et à employer préventivement vingt-cinq à trente pinces là où nous n'employons en tout que trois ou quatre ligatures.

Herzfeld (1888), Roux (1889) et Hochenegg (1889), proposèrent à leur tour l'emploi de la voie sacrée, préconisé par Kraske(1885) pour le cancer du rectum. Nous n'insisterons pas sur cette méthode, car il est évident, si un cancer est trop étendu pour être utilement enlevé par le vagin, que la récidive suivra tout aussi bien l'opération par la voie sacrée, tout en faisant courir aux malades plus de risques immédiats.

c) Hystérotomie. — L'hystérotomie, ou incision simple de l'utérus non suivie de l'extirpation de l'organe, a été proposée et réglée par Péan. L'énucléation de fibrômes, accessibles par le vagin et présentant une large base d'implantation, avait été conçue par Dupuytren et Velpeau. Le premier, Amussat (1840) exécuta cette opération. Il perdit une malade sur trois.

Velpeau la pratiqua deux fois. Ses opérées succombèrent.

Demarquay n'eut qu'un succès sur quatre tentatives. Nélaton se prononça nettement contre l'opération sanglante.

L'énucléation fut pratiquée en Angleterre et en Amérique sous l'impulsion d'Altee, et Hutchinson réunit, en 1857, dix-huit cas avec six insuccès. Langenbeck introduisit en Allemagne l'énucléation des gros fibrômes.

C. Braun, Hégar, Martin, Gusserow la pratiquèrent fréquemment et Hégar et Kaltenbach (1885, p. 398) citent cent cinquante-quatre opérations avec cinquante-un morts, soit 33 %. Il y avait eu quinze opérations incomplètes, dont neuf mortelles. Schrœder perdit trois malades sur onze; Hégar et Kaltenbach, quatre sur dix-neuf; Frankenhauser, neuf sur vingt-trois.

Ces opérations étaient toutefois pratiquées sans technique bien arrêtée et Péan le premier, alors que les chirurgiens français étaient unanimes à préconiser, pour l'ablation des gros polypes, l'écraseur ou l'anse galvanique, proposa d'y substituer l'instrument tranchant.

La pratique de Péan est décrite tout au long dans la thèse de Sécheyron, son élève (1888), et dans le Traité d'*hystérotomie et d'hystérectomie* du même auteur (1889).

Péan propose de substituer à la dilatation lente l'incision du col et du corps de l'utérus. Le col est abaissé, détaché de ses insertions, et incisé transversalement. Les deux valves ainsi obtenues permettent de prolonger l'incision sur le corps de l'utérus, et d'y pratiquer le morcellement du fibrôme, par évidement conoïde, à l'aide de pinces à griffes et d'un bistouri spécial.

Péan eut la hardiesse d'ouvrir le péritoine pour attaquer certains fibrômes inaccessibles au travers de la cavité utérine ; la plaie utérine était ensuite suturée avec des fils d'argent.

La première opération de morcellement mentionnée dans les Cliniques de Péan date du 17 juin 1884. Elle est donc postérieure de deux ans à sa première hystérectomie vaginale. Péan employa jusqu'en 1886 son forceps-scie.

En dehors des opérations de Péan, Sécheyron, qui a sans doute eu trop tard connaissance de nos opérations personnelles, ne signale guère comme hystérotomies que trois cas, dus à Doléris, dont un suivi de mort. Ces trois cas, empreints de tergiversations sans nombre, font avec la pratique de Péan le contraste le plus éclatant (1).

---

(1) L'hystérectomie de Doléris (17 janvier 1888), citée par Sécheyron (p. 382), est des plus bizarres. On se figure difficilement comment cette femme, dont l'utérus avait à peine le volume d'une petite orange, put subir pour si peu une telle série d'interventions : le 16 décembre, curage explorateur, suivi d'écouvillonnage ; le 20 décembre, en présence de sept docteurs, incision bilatérale

B. — OPÉRATIONS PERSONNELLES.

Quarante-sept hystérectomies abdominales; quarante-huit hystérectomies vaginales; vingt-deux hystérotomies.

1° *Hystérectomies abdominales.* — Nous avons tenté quarante-trois fois l'ablation de l'utérus par la laparotomie.

Quatre de nos opérations ont été incomplètes ;

Trente fois nous avons laissé le pédicule au dehors ;

Une fois nous l'avons réduit ;

Onze fois nous avons fait l'ablation totale de l'utérus.

Nos opérations incomplètes comprennent : un fibro-sarcome, adhérent, qui déterminait à chaque époque des ménorrhagies graves et des symptômes d'anurie ; une tumeur purulente multiloculaire et inextirpable ; une tumeur fibro-kystique, contenant près de 20 litres de pus à streptocoques, et dont la portion solide pesait en outre 12 kilos ; et enfin une laparotomie exploratrice pour un fibrôme partout adhérent, qui se sphacéla à la suite de la simple destruction des adhérences antérieures. Ces quatre malades succombèrent.

Nous avons opéré par l'hystérectomie supra-cervicale, avec traitement extérieur du pédicule : vingt-six fibrômes de volume considérable, et dont l'extirpation par le vagin était impossible ; trois utérus gravides (opérations de Porro), et un cas de môle hydatiforme, que nous n'avons reconnu qu'au cours de l'opération, la femme ayant été laparotomisée *in extremis*, à la campagne, et le col, complètement fermé, ne permettant pas d'explorer, dans ce cas où il fallait agir vite, la cavité utérine.

Ces quatres opérations furent faciles, comme il arrive toujours quand il s'agit d'un utérus gravide, le pédicule pouvant être fait

---

de la portion vaginale du col et un nouveau curage. (A la suite de cette deuxième opération, Doléris pense que le « fibrôme avoisine peut-être la cavité utérine ; il ne peut affirmer, mais il lui semble que la paroi postérieure est un peu convexe vers la cavité utérine ».) Le 5 janvier, syncope occasionnée par de longues tentatives infructueuses d'introduction d'une tige de laminaire. Le 17, troisième opération, en présence de cinq confrères. Section de ce qui reste du col. On ne signale pas la durée de l'opération, qui, d'après sa description, a dû être des plus laborieuses et a permis d'énucléer un fibrôme du volume « d'un œuf de dinde ».

Le « vaste » fibrôme mentionné également dans une seconde observation par Doléris (Sécheyron, p. 328) est encore du volume « d'un œuf de dinde ».

très haut. Trois de nos fibrômes présentaient des adhérences très étendues; l'un d'eux, à forme très irrégulière (fig. 21), était creusé d'une vaste loge purulente; un autre était sphacélé depuis quelque temps : son volume était considérable, et, l'étroitesse de la vulve s'ajoutant en outre à une menace de péritonite aiguë (vomissements bilieux), nous dûmes faire la laparotomie. Quatre de ces femmes ont succombé. Le cas de fibrôme putréfié étant presque hors de cause et cet insuccès se trouvant compensé par la guérison du fibrôme suppuré et compliqué de péritonite subaiguë que nous avons signalé, il nous reste trois insuccès sur vingt-neuf opérations qui toutes étaient susceptibles de guérir, soit 10,4 %.

Une de ces malades, qui avait eu quelques mois auparavant l'influenza, mourut subitement le huitième jour, alors que, la température étant normale, nous la croyions en voie de guérison : cette femme a présenté des particularités assez bizarres au point de vue de la circulation : en effet, le cœur battait cent trente fois par minute, depuis son attaque d'influenza, et le pouls tomba à 80 pendant toute la durée de la chloroformisation, pour redevenir ensuite aussi rapide qu'auparavant. Nos deux autres insuccès n'eurent pas de cause appréciable, et la mort survint avec des phénomènes de pseudo-étranglement vers le troisième et le quatrième jour. Jusque-là, nous étions satisfaits de nos résultats, n'ayant guère perdu que des malades tellement faibles que la guérison pouvait à peine être espérée; mais nos deux derniers insuccès, survenus presque coup sur coup, chez deux femmes qui semblaient devoir guérir et chez lesquelles on ne peut guère incriminer que la brièveté du pédicule, nous engagèrent à chercher mieux. Nous avions perdu également la seule malade chez laquelle, ne pouvant employer le procédé de Schroeder à cause de l'abondance de l'hémorragie, nous avions réduit un très petit pédicule, ne comprenant pas de muqueuse, et solidement lié à la soie. (C'est également à la soie que nous avions lié nos huit ou dix derniers pédicules, sur lesquels nous avions creusé auparavant un profond sillon à l'aide d'un clamp spécial, muni d'une vis de rappel; nous suturions étroitement le péritoine en collerette au-dessous du fil de soie, et nous maintenions le pédicule au dehors en enroulant dans le sillon de la ligature une compresse de gaze très serrée.) Nous avons toujours étreint en masse l'utérus et les annexes, en prenant soin de retenir ces dernières au-dessus de la ligature du pédicule par un solide fil de soie. Les broches sont inutiles, que l'on emploie le fil élastique ou la grosse soie pour l'hémostase définitive.

Nous cherchions depuis longtemps un procédé capable de rendre

l'hystérectomie abdominale aussi inoffensive que l'ovariotomie, lorsque, après nous être rendu compte au cours de plusieurs opérations de la topographie exacte des vaisseaux qui donnaient le plus de sang, nous résolûmes de faire l'ablation totale de l'utérus, sans la combiner à l'hystérectomie vaginale, qui allonge et aggrave en même temps l'opération.

Il s'agissait dans notre premier cas d'une femme très faible et profondément anémiée. Le pédicule eût été trop court pour être laissé

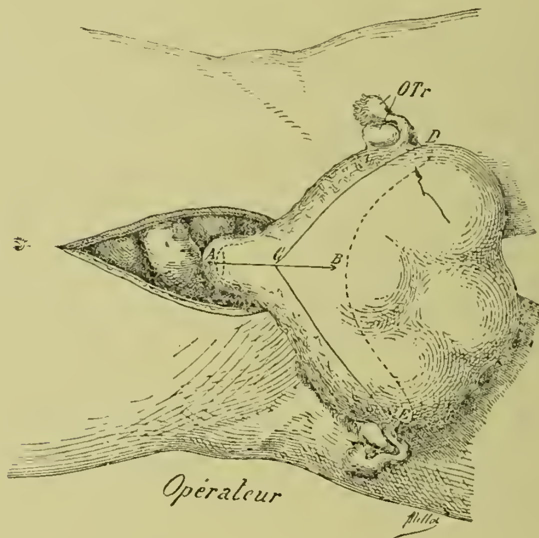


Fig. 8. — Hystérectomie abdominale. (Procédé du Dr E. Doyen). La femme est couchée sur le dos, l'opérateur à sa droite. (Deuxième et troisième temps de l'opération). La tumeur est attirée au dehors et rabattue sur le pubis. Section longitudinale de sa face postérieure, ouvrant le cul-de-sac postérieur du vagin et découvrant le col.

A. B. incision du cul-de-sac vaginal. — *C. D. E.* incision du péritoine circonscrivant, à la surface de la tumeur, les annexes et les pédicules vasculaires correspondants. — *O. Tr.* ovaires et trompes.

au dehors et nous nous soucions peu de le réduire. L'opération fut ainsi pratiquée :

La tumeur sortie du ventre et rabattue en avant sur le pubis recouvert de serviettes stérilisées, le péritoine est incisé d'un seul coup depuis le cul-de-sac de Douglas jusque sur le point le plus saillant de la tumeur.

Le vagin est ouvert en arrière du col, sur une pointe introduite par

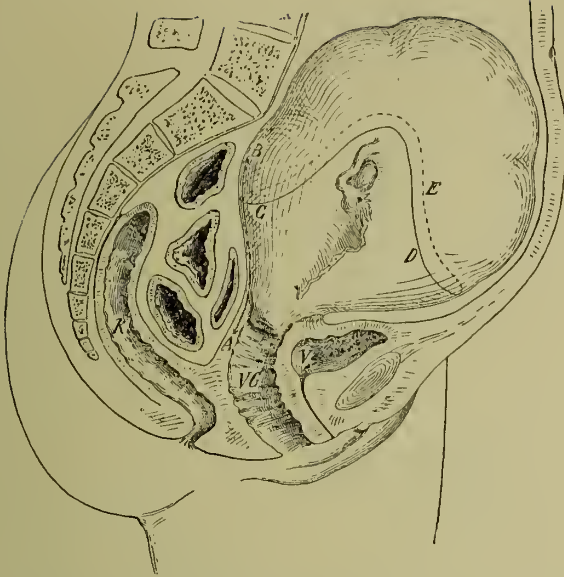


Fig. 9. — Hystérectomie abdominale. – Coupe antéro-postérieure.
A. B. première incision du péritoine ouvrant en A le vagin et s'étendant en B sur le fibrôme. -- *C. D. E.* deuxième incision du péritoine circonscrivant les annexes, et leurs pédicules vasculaires. -- *R.* rectum. -- *V. G.* vagin. -- *V.* vessie.

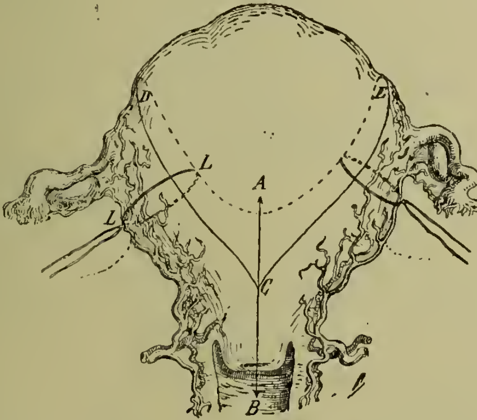


Fig. 10. — Schéma de la vascularisation de la tumeur. De chaque côté on voit les arcades vasculaires vagino-utéro-ovariennes.
A. B. première section longitudinale du péritoine. - *C. D. E.* deuxième section circulaire. - *L.* endroit où seront posées les ligatures après la décortication sous-péritonéale de la tumeur.

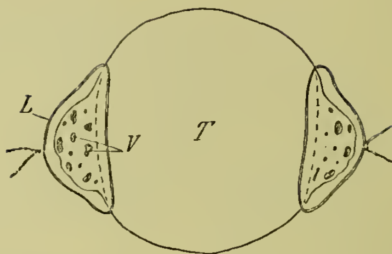


Fig. 11. — Section horizontale de la tumeur passant par les ligatures.
T. tumeur. - *V.* vaisseaux. - *L.* ligatures.

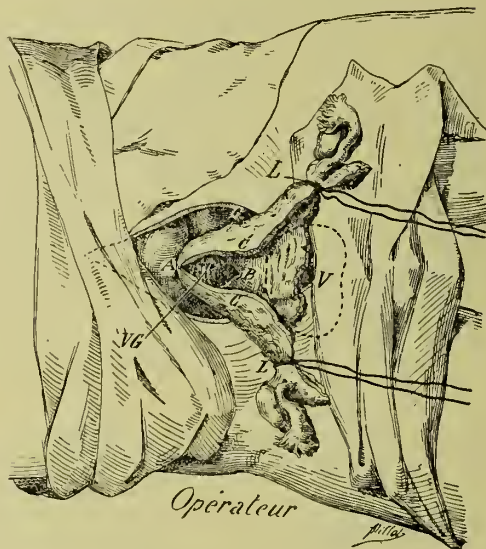


Fig. 12. — Application des ligatures sur les pédicules vasculaires latéraux.
V. G. vagin, dont on aperçoit la muqueuse au travers de l'ouverture de son cul-de-sac postérieur. - *A. B. C.* lambeaux flottants du péritoine qui enveloppait la tumeur. - *L. L.* ligatures. - *V.* vessie.

la vulve. Le péritoine est alors vivement sectionné sur toute la surface de la tumeur, de façon que la section, en forme de raquette, et partant, pour y revenir, de la section longitudinale postérieure de la séreuse, suive à peu près l'équateur de la tumeur, et passe latéralement au-dessus des annexes, et en avant très loin de la vessie.

Faisant alors tenir entre les doigts de l'aide le ligament large gauche, l'opérateur le détache rapidement de l'utérus avec les ciseaux ou le bistouri, en prenant soin d'empiéter légèrement sur le tissu utérin. Une seule ligature, jetée au-dessus des annexes, suffit d'ordinaire pour assurer l'hémostase.

La séreuse est alors rapidement décollée, avec les doigts ou des ciseaux mousses, des faces antérieure et postérieure de la tumeur, et le deuxième ligament large est à son tour détaché et lié.

Il est alors aisé, en rasant le tissu utérin, de détacher d'un seul coup, en complétant la décortication sous-péritonéale, la totalité de la tumeur, y compris le col, visible par l'incision du cul-de-sac postérieur.

C'est à peine s'il est nécessaire de lier isolément une ou deux artérioles, au voisinage du col. Les fils qui assurent l'hémostase des pédicules latéraux sont passés dans le vagin, ainsi que la vaste collerette péritonéale qui entoure la tumeur. Le ventre est momentanément fermé à l'aide de trois ou quatre pinces à griffes émoussées, et l'hémostase définitive des ligaments larges est pratiquée à l'aide de deux de nos pinces à mors élastiques placées à la vulve. On fait alors la toilette du péritoine, on tamponne le vagin, en plaçant au besoin au-dessous du tampon de gaze un double drain, et l'on ferme par un surjet le péritoine pelvien.

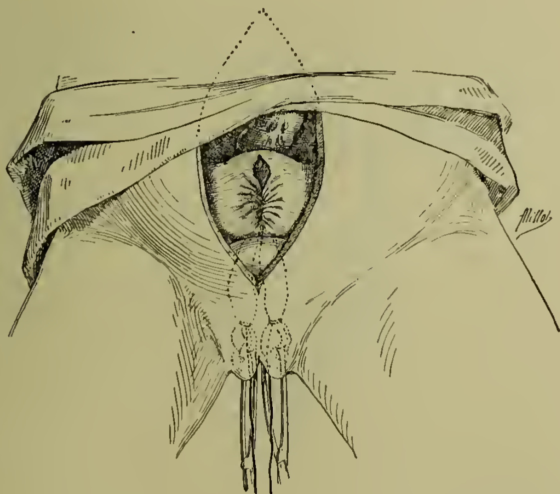


Fig. 13. — Aspect de la cavité pelvienne au moment où les fils viennent d'être passés par le vagin, et où l'on abaisse les annexes à l'aide de deux pinces à griffes.

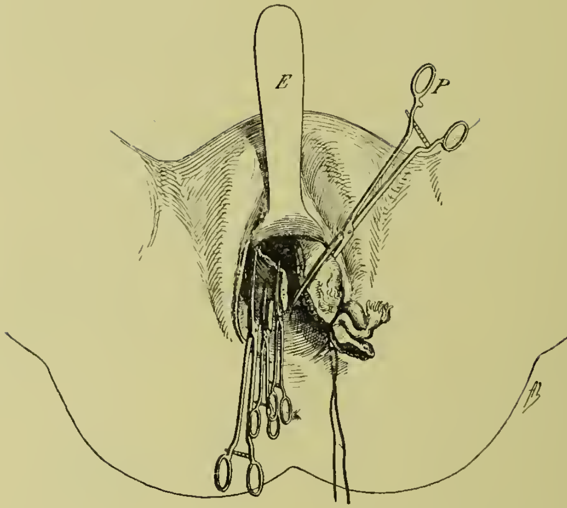


Fig. 14. — La malade est replacée en position d'hystérectomie vaginale : application des pinces à demeure.
E. écarteur. - *P.* première pince dont l'extrémité correspond au cul-de sac de Douglas. - L'opération est terminée du côté droit, où l'on voit la situation respective de la grande pince, des petites et du ligament large.

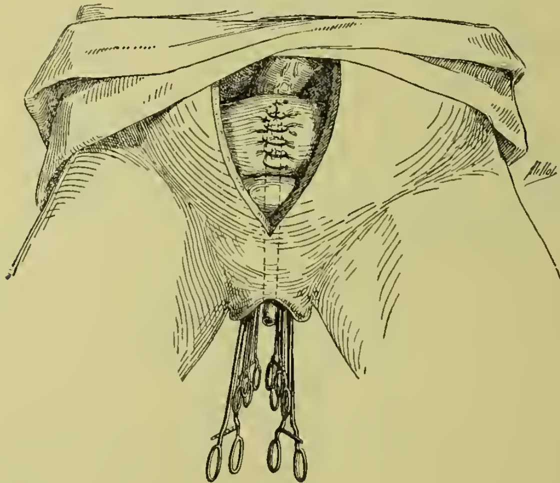


Fig. 15. - Les cuisses sont abaissées ; l'opérateur referme le bassin en adossant l'un à l'autre les replis péritonéaux qui recouvrent le rectum, les ligaments larges et la vessie.

La particularité de cette opération est l'absence de toute hémostase préventive : nous détachons les ligaments larges avant de rien pincer et de rien lier. En agissant ainsi, nous accélerons le manuel opératoire au point qu'habituellement, six à dix minutes après que nous avons pris le bistouri, la tumeur est enlevée. Il n'est utile de la morceler que dans le cas où elle est très adhérente et où l'impossibililé de la rabattre sur le pubis rend difficile l'accès du cul-de-sac de Douglas, qui ne peut alors être ouvert que plus tard.

L'avantage de cette opération est d'être praticable pour toutes les tumeurs utérines, et tout particulièrement pour celles, assez nombreuses, dont les attaches profondes empêchent l'emploi de l'hémostase temporaire à l'aide du fil élastique. Les tumeurs solides ou purulentes du ligament large, adhérentes à l'utérus, peuvent être enlevées par le même procédé.

Nous figurerons tout d'abord, pour mieux faire comprendre les difficultés de certaines hystérectomies pour fibrômes, les schémas de quelques-unes des tumeurs utérines que nous avons opérées. Sur ces figures, le point de réflexion inférieur du péritoine est figuré à l'endroit où aurait pu porter la ligature élastique provisoire. On verra, à l'examen des dessins ci-contre, que dans nombre de cas (fig. 21, 23, 24, 26) l'hémostase préventive ne pouvait être faite.

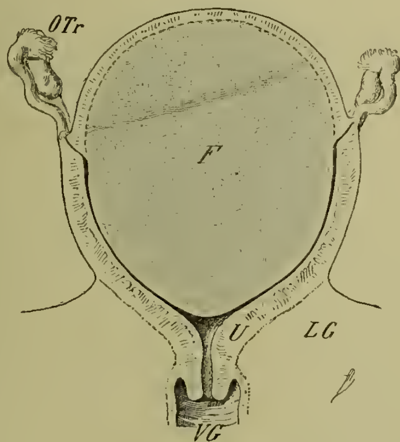


Fig. 16. - Fibrôme utérin faisant saillie à la fois dans la cavité utérine et sous le péritoine. Les ovaires, kystiques et adhérents, sont situés au niveau du tiers supérieur de la tumeur.
Coupe transversale : *F.* fibrôme. - *U.* utérus. - *V. G.* vagin. - *L. G.* ligament large. - *O. Tr.* ovaires et trompes.

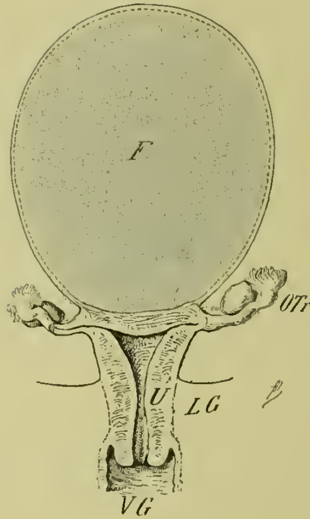


Fig. 17. - Fibrôme sous-péritonéal sessile. La cavité utérine est à peu près normale. Les ovaires sont situés à la limite inférieure de la tumeur.
Coupe transversale. - Même légende que fig. 16.

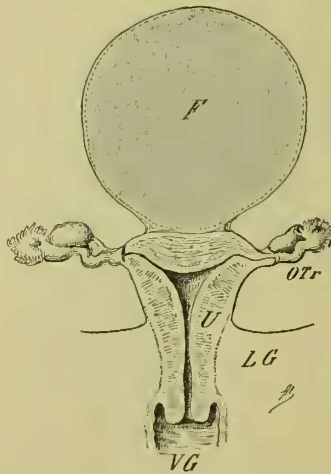


Fig. 18. - Fibrôme sous-péritonéal pédiculé du fond de l'utérus. La cavité utérine est normale; les annexes occupent leur situation habituelle.
Coupe transversale. - Même légende que fig. 16.

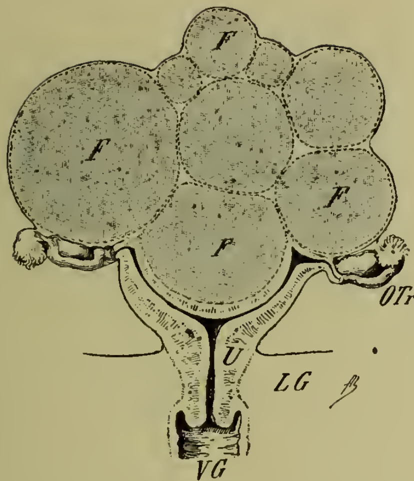


Fig. 19. - Fibrômes utérins multiples. Deux d'entre eux font saillie dans la cavité utérine ; les ovaires altérés sont accolés avec les trompes aux parties latérales de la tumeur.
Coupe transversale. - Même légende que fig. 16.

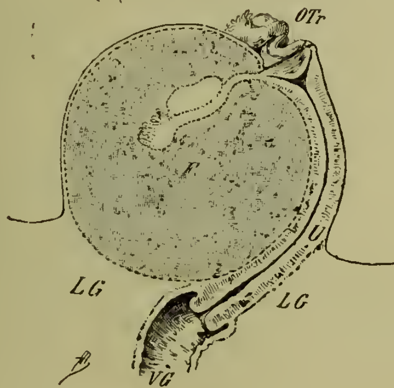


Fig. 20. - Fibrôme développé dans la paroi latérale gauche et postérieure de l'utérus, et faisant saillie dans le ligament large. Le col est rejeté à droite, et la totalité de l'utérus se trouve allongée et étalée de bas en haut sur le côté antéro-interne de la tumeur. La cavité du col, considérablement étirée, n'offre que son diamètre normal. L'ovaire gauche est étalé à la surface du fibrôme ; la corne utérine droite et l'ovaire droit font, au contraire, saillie à la surface de la tumeur. (La malade présenta des hémorragies d'une gravité exceptionnelle.)
Coupe transversale. - Même légende que fig. 16.

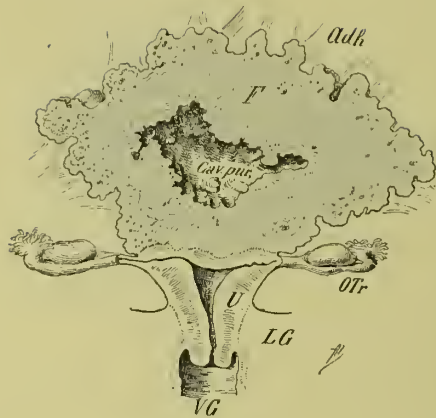


Fig. 21. - Fibrôme sous-péritonéal du fond de l'utérus, à surface irrégulière ; le centre de la tumeur était occupé par une cavité purulente anfractueuse. La surface de la tumeur est presque en totalité adhérente à l'épiploon et aux anses intestinales par suite de poussées successives de péritonite.
Coupe transversale. - Même légende que fig. 16.

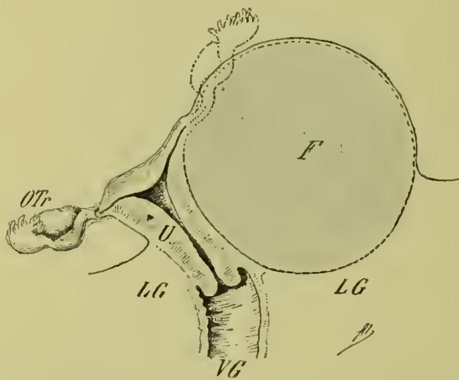


Fig. 22. — Fibrôme développé dans les couches les plus superficielles de la paroi latérale droite de l'utérus et dans le ligament large. La tumeur s'est coiffée du péritoine pelvien et de l'ovaire droit.
Coupe transversale. - Même légende que fig. 16.

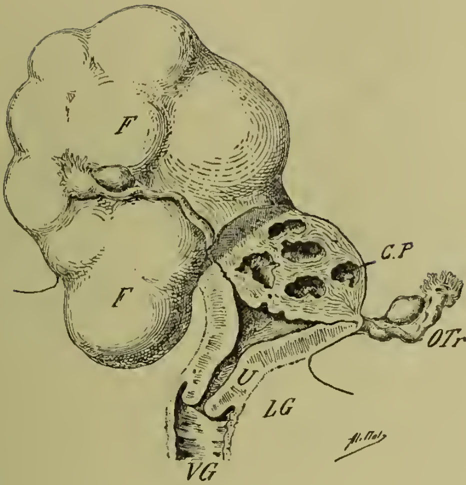


Fig. 23. - Kyste multiloculaire purulent du ligament large gauche, adhérent à l'utérus, dont le tissu est parsemé de vastes loges purulentes. Les annexes gauches sont étalées sur la tumeur. Salpingo-ovarite droite.
Coupe transversale. - Même légende que fig. 16.

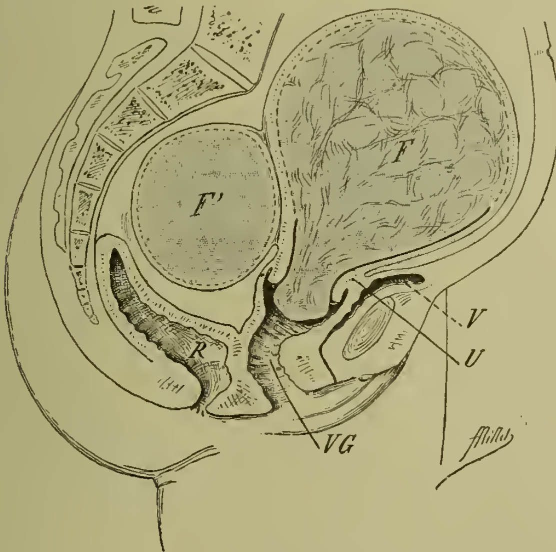


Fig. 24. - Double fibrôme utérin. Le fibrôme antérieur, myxomateux et aréolaire, fait saillie au travers du col jusque dans le vagin. - Il donna lieu à des hémorragies et à de l'hydrorrhée intermittente. Il est recouvert au niveau du fond de l'utérus par une certaine épaisseur de tissu utérin. Le fibrôme postérieur, d'une dureté ligneuse, est absolument sous-péritonéal.
Coupe antéro-postérieure. - *F.* fibrôme. - *U.* utérus. - *R.* rectum. - *V. G.* vagin. - *V.* vessie.



Fig. 25. - Double fibrôme utérin ; le supérieur presque entièrement recouvert par le péritoine, le postérieur développé dans le tissu cellulaire pelvien et adhérent au rectum en A. B. Le péritoine a été refoulé en P. par suite de l'accroissement de la tumeur.
Coupe antéro-postérieure. - *F. F'.* fibrômes. - *U.* utérus. - *V.* vessie. - *P.* péritoine. - *R.* rectum. - *A. B.* adhérences de la tumeur *F'* au rectum ; il y eut déchirure de ce dernier au cours de l'énucléation.

Sur onze tumeurs que nous avons opérées de la sorte, il s'agissait deux fois de fibrômes multiples de l'utérus et du ligament large ; une fois d'un kyste suppuré multiloculaire du ligament large (fig. 23), faisant corps avec l'utérus, lui-même fibromateux et parsemé de loges purulentes. Dans ces trois cas, l'application d'un fil élastique pour l'hémostase préventive était impraticable, les tumeurs étant absolument sessiles ; trois autres fois le fil élastique n'aurait pu être placé que sur un pédicule de plus de 10 centimètres de diamètre, c'est-à-dire qu'il n'eût même pas rempli le but qu'on en eût attendu. Dans ces six cas, inopérables par tout autre procédé, l'hystérectomie totale a été suivie d'un succès complet, de même que chez une malade où le rectum, enflammé et adhérent à un fibrôme de la cloison recto-vaginale qui compliquait d'autres tumeurs interstitielles d'un volume énorme, s'est trouvé rompu (fig. 25) transversalement au fond du bassin sur les trois quarts de sa circonférence et a été suturé sur-le-champ par notre procédé. Bien que le rectum se trouvât, au point de la rupture, dépourvu de péritoine, la malade guérit sans fistule. Sur ces

onze malades, une seule succomba, et d'une cause étrangère à l'opération, ayant contracté l'influenza, et une broncho-pneumonie, qui l'enleva quatorze jours après l'opération. Cette survie exclut toute péritonite post-opératoire.

2° *Hystérectomies vaginales.* — Nos hystérectomies pour néoplasmes sont au nombre de cinquante.

a) Cancer. — Vingt-trois ont été faites dans des cas de cancer (quinze cancers du col, et huit cancers du corps) ; vingt-huit pour des fibrômes, souvent compliqués d'ovarites, de salpingites, de pelvipéritonite ; ces dernières opérations ont été mentionnées à propos de la castration totale par le vagin.

Nos quinze opérations pour cancer du col ont été quatre fois incomplètes. La vessie dégénérée s'est trouvée blessée trois fois ; nous en avons tenté deux fois la suture et obtenu ainsi une réunion immédiate de la plaie vésicale. Nous avons enlevé chaque fois des collerettes étendues de la muqueuse vaginale, et même, comme nous l'avons signalé, des ganglions pelviens. L'avantage extrême de notre procédé opératoire est, en ne faisant l'hémostase qu'à la fin de l'opération avec une seule pince de chaque côté, de pouvoir attirer entre les mors, au delà des annexes, une étendue considérable du ligament large. L'ablation du cancer est faite ainsi plus largement que par toute autre méthode. Le procédé, qui demeure identique, quelle que soit l'indication de l'hystérectomie (cancer, fibrôme, pelvi-péritonite) sera décrit plus loin.

Le cancer du col nous a toujours paru facile à diagnostiquer, et la sensation qu'il donne au toucher est caractéristique. On voit par le petit nombre de nos opérations que nous refusons d'intervenir toutes les fois que le mal ne peut à coup sûr être enlevé largement : et, s'il nous est arrivé trois fois de blesser la vessie, le cul-de-sac antérieur du vagin était intact dans tous ces cas, et cet accident s'est produit parce que le cancer, tout en respectant les limites de la portion vaginale du col, au niveau du cul-de-sac antérieur, se prolongeait dans la cavité du col, jusqu'au corps, et perforait profondément la paroi antérieure de l'utérus, pour se propager à la vessie.

Nous avons opéré huit cas de cancer de la cavité du corps de l'utérus, le museau de tanche étant sain. Nous ferons observer à propos du diagnostic du cancer du corps de l'utérus, qu'à part les autres signes, le retour des métrorrhagies plusieurs années après la ménopause, chez des femmes qui ne présentaient aucune lésion au toucher, s'est constamment montré lié à l'évolution du cancer ; nous avons fait cette remarque, non-seulement dans les cas que nous avons

opérés, mais aussi chez d'autres femmes, âgées de 60 ans et plus, qui présentaient depuis quelques mois des métrorrhagies sans écoulement fétide. Nous avons vérifié notre diagnostic en faisant la dilatation et l'exploration de la cavité utérine. Cette absence de fétidité de la leucorrhée cancéreuse est digne d'être notée. En effet, chez une autre femme, âgée de 56 ans, que nous croyions atteinte de cancer et qui n'avait pas cessé de perdre du sang presque constamment, avec exacerbation mensuelle, l'écoulement était fétide, et l'hystérectomie nous a démontré l'existence de fibrômes multiples, sans trace de dégénérescence maligne.

Le volume énorme de l'utérus n'est pas, en effet, un signe négatif de cancer, et plusieurs utérus cancéreux et très mobiles, que nous avons enlevés par le vagin, avaient le volume du poing et même davantage. Deux fois, en dehors de nos huit hystérectomies pour cancer du corps de l'utérus, nous avons observé, dans un cas de fibrôme volumineux et dans un cas de castration vaginale, un début de dégénérescence maligne de la muqueuse de la cavité du corps, sur le quart ou le cinquième environ de son étendue.

Sur nos vingt-trois opérées d'hystérectomie pour cancer, deux ont succombé des suites de l'opération, soit 8,69 % : l'une d'hémorragie intra-péritonéale et de septicémie consécutive (sixième jour), une pince du modèle préconisé par Richelot ayant laissé échapper les ligaments larges (février 1887) ; l'autre, le seizième jour, de broncho-pneumonie bilatérale. L'une était atteinte de cancer du corps, la seconde de cancer du col.

b) Fibrômes. — Les fibrômes que nous avons enlevés par l'hystérectomie vaginale étaient dans la plupart des cas très volumineux : leur poids atteignit et dépassa 1.500 et 1.800 grammes. Plusieurs étaient enclavés et déterminaient des phénomènes d'anurie. Il s'agissait, en général, de tumeurs multiples et interstitielles. Nous insistons sur ce point, l'opération n'étant qu'un jeu quand la principale tumeur est intra-cavitaire.

Ces utérus, dont la cavité n'est pas augmentée de volume et dont les parois sont farcies de fibrômes, présentent aussi assez souvent à leur surface séreuse une ou plusieurs tumeurs sessiles ou pédiculées, qui surmontent comme des cornes la masse principale et rendent l'hystérectomie très laborieuse, en s'accrochant au détroit supérieur. Il nous est arrivé qu'un de ces fibrômes sous-séreux se détacha au cours de l'opération, et que, constatant à la surface de la tumeur sa disparition, nous soyons obligé d'aller à sa recherche en faisant la toilette du péritoine.

Nous décrirons en quelques lignes notre procédé d'*hystérectomie vaginale*, qui diffère des méthodes habituellement employées.

La malade est purgée avant l'opération. Nous appliquons pendant quarante-huit heures un pessaire Gariel à air comprimé, afin de dilater le vagin. La vulve est rasée; la cavité vaginale lavée au savon et au sublimé. La malade est sur le dos, les jambes relevées, l'opérateur et son aide sont assis, les instruments à leur portée. Le col est saisi latéralement par deux pinces à griffes, qui y demeurent fixées jusqu'à la fin de l'opération. L'abaissement étant aussi complet que possible, nous incisons avec les ciseaux mousses la muqueuse vaginale au pourtour du col. Le cul-de-sac postérieur est rapidement ouvert avec l'index droit, et la face postérieure de l'utérus détachée de ses adhérences, s'il en existe. Il est alors facile d'explorer le petit bassin et de décider si l'utérus doit être sacrifié.

Nous pratiquons alors avec le doigt l'isolement de la vessie, que suivent les uretères, de telle sorte qu'il est impossible de les léser l'un ou l'autre, à moins qu'ils ne soient dégénérés et cancéreux. Les deux pinces du col étant attirées en bas, et un court écarteur maintenu par l'aide au-dessus du pubis, nous sectionnons de bas en haut la paroi antérieure du col; le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, généralement apparent au-dessous de l'écarteur, est ouvert par le premier ou le second coup de ciseaux. L'ouverture en est agrandie à l'aide de ces derniers, entr'ouverts, et agissant comme un instrument mousse, et la lèvre antérieure de la séreuse chargée sur l'écarteur.

L'utérus est saisi à droite et à gauche, sur les lèvres de la section longitudinale, par deux nouvelles pinces à griffes et attiré en bas; un nouveau coup de ciseaux prolonge la section, et deux autres pinces saisissent l'organe aussi haut que possible. Les deux pinces immédiatement sous-jacentes sont enlevées, pour être appliquées plus haut. La section est prolongée jusque sur le fond de l'utérus, s'il le faut, pour en obtenir l'extraction.

Le plus souvent, si la vulve n'est pas trop étroite, et si l'utérus ne se montre que doublé de volume, le renversement progressif se fait sans difficulté et sans qu'il soit nécessaire de prolonger très haut sur le corps la section longitudinale (1).

---

(1) Quant à l'incision de la vulve (débridement simple ou double) préconisée par Chaput (*J. des Conn. méd. de Paris*, 3 janv. 1892, p. 59), qui conseille de l'employer systématiquement, nous ne pouvons l'admettre que dans les cas de nécessité absolue. Nous ne l'avons pratiquée que deux fois sur cent douze opérations, dans des cas d'utérus cancéreux de volume énorme et très friables.

S'agit-il d'un utérus énorme, de fibrômes multiples, notre procédé ne diffère pas dans ses grandes lignes, l'utérus abaissé et les culs-de-sac péritonéaux largement ouverts, le col, tenu latéralement par ses deux pinces, est incisé en long sur sa face antérieure et saisi plus haut, sur les lèvres de la section, avec deux nouvelles pinces. Nous avons alors à choisir entre deux méthodes : enlever de chaque côté de la section longitudinale des fragments de tissu aussi gros que possible, ou, ce qui est plus rapide, sectionner le corps de l'utérus en V, sur sa face antérieure, en ménageant, comme l'indique notre figure (voir fig. 32), les parties latérales de l'organe.

Il faut avoir pratiqué cette opération pour en comprendre les avantages. C'est à peine, en effet, dans la plupart des cas, s'il est nécessaire de réséquer deux ou trois fragments de la tumeur, et, en abaissant successivement, soit le V médian, soit les lambeaux latéraux de l'utérus, il nous arrive souvent d'enlever en entier et en peu de temps, une tumeur très volumineuse, de 10 à 12 centimètres de diamètre.

Nous opérons, dans bien des cas, presque sans écarteur, et l'index droit, introduit par le cul-de-sac antérieur dans le péritoine, nous sert à guider la tumeur pendant que nous l'abaissons par des tractions méthodiques.

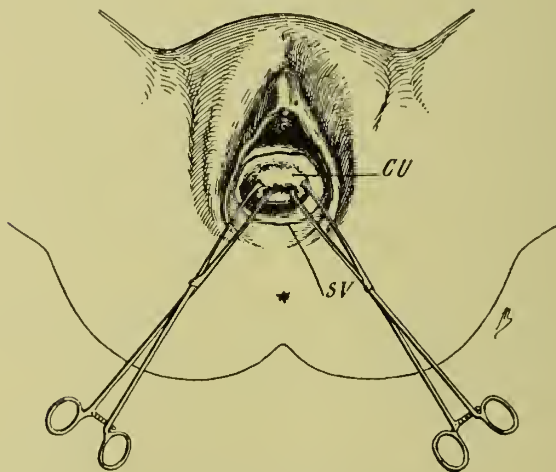


Fig. 26. - Premier temps de l'hystérectomie vaginale. (Procédé du Dr E. Doyen.) - Les deux commissures latérales du col sont saisies par des pinces à griffes et abaissées. Section circulaire des culs-de-sac vaginaux tout autour du col.

C. U. col de l'utérus. - *S. V.* Section de la muqueuse vaginale. - L'opérée est vue de face.

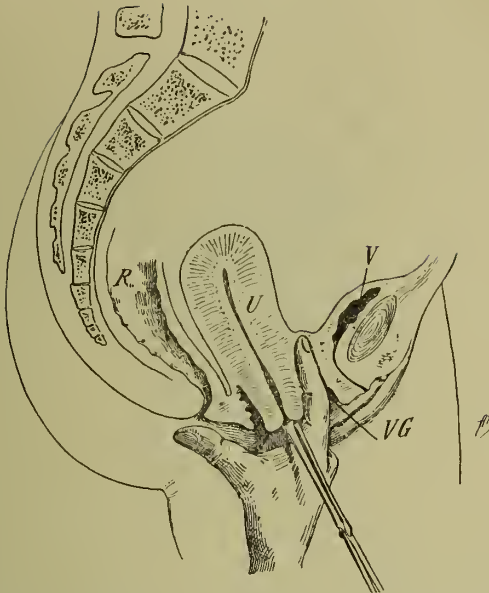


Fig. 27. - Deuxième temps de l'hystérectomie vaginale. Coupe antéro-postérieure. Ouverture du cul-de-sac péritonéal recto-utérin (flèche rouge) et décollement de la vessie avec l'index droit. L'utérus est maintenu abaissé.

R. rectum. - *U.* utérus. - *V.* vessie. - *V. G.* vagin.

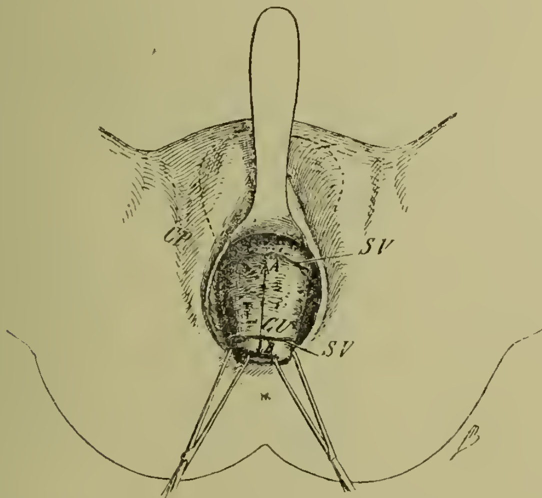


Fig. 28. - Troisième temps de l'hystérectomie vaginale. - La malade est vue de face. Abaissement de la portion sus-vaginale du col détachée de la vessie et des uretères. Section longitudinale de la lèvre antérieure du col.

C. U. co de l'utérus. - *S. V.* section de la muqueuse du vagin. - *C. P.* cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. - *A. B.* section longitudinale de la lèvre antérieure du col.

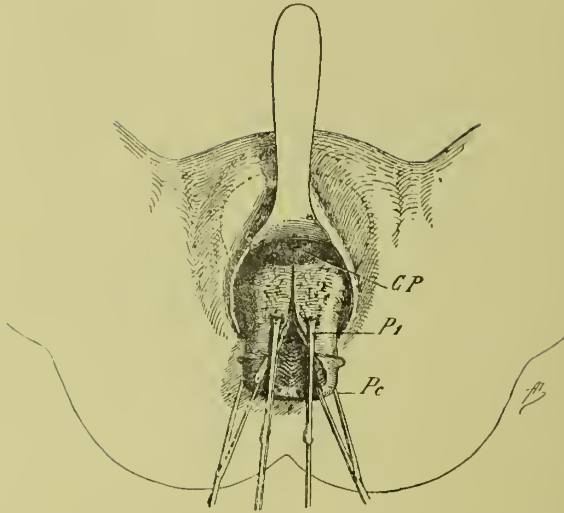


Fig. 29. — Troisième temps (suite). Apparition au dehors et ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur.
P. c. pinces appliquées sur les commissures latérales du col où elles resteront fixées jusqu'à la fin de l'opération. — *P.* 1. nouvelles pinces à griffes qui serviront par des prises successives à renverser l'utérus au dehors, grâce à la section longitudinale de sa paroi antérieure. — *C. P.* cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, visible au-dessous de l'écarteur, au moment de son incision.

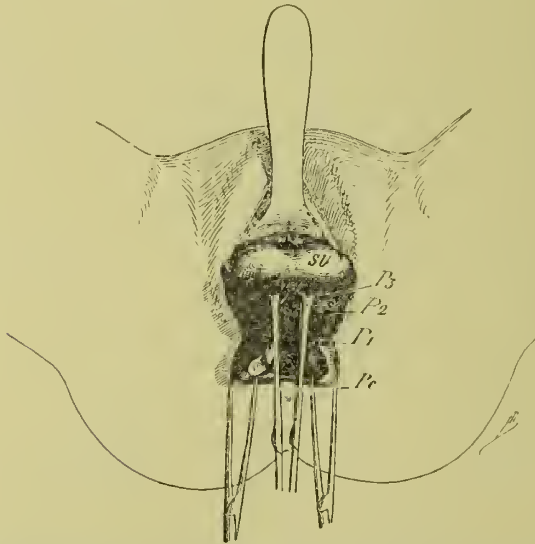


Fig. 30. — Quatrième temps vu de face. Sortie complète de l'utérus renversé en avant.
P. c. pinces fixées sur le col. — *P.* 1 et *P.* 2, traces des prises de la seconde paire de pinces qui viennent être fixées en *P.* 3, fixées sur les lèvres de la section longitudinale antérieure, au niveau du fond de la cavité uterine. — *S. U.* sommet de l'utérus apparaissant au dehors.

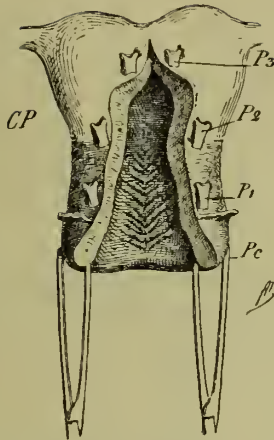


Fig. 31. — Schéma (vu de face) de la section longitudinale d'un utérus de volume moyen qui vient d'être enlevé par le vagin.
P. c. pinces maintenant le col. - *P.* 1, *P.* 2, *P.* 3, prises successives de la seconde paire de pinces. - *C. P.* cul-de-sac péritonéal antérieur.

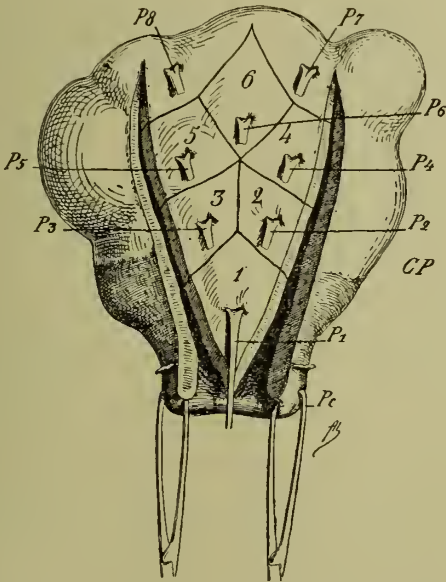


Fig. 32. - Schéma (vu de face) représentant le morcellement d'un gros fibrôme, grâce à une double incision longitudinale en V de la paroi antérieure de l'utérus.
P. c. pinces maintenant le col. - *P.* 1, *P.* 2..., *P.* 8, pinces appliquées successivement sur la tumeur en 1, 2..., 8, afin d'en réduire le volume par l'ablation successive de fragments cunéiformes.

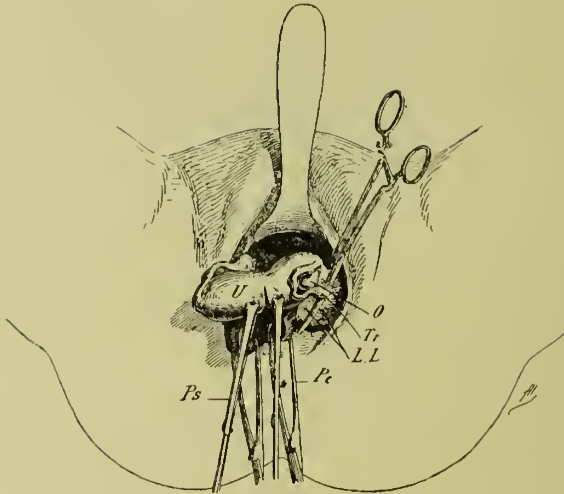


Fig. 33. - Dernier temps de l'opération. Application des pinces, et section des ligaments larges. L'utérus est entièrement sorti de la vulve ; la trompe et l'ovaire gauche ont été attirés au dehors. Application de la première pince qui est introduite presque verticalement de haut en bas, et saisit au delà des annexes la totalité du ligament large.

U. utérus. - *O.* ovaire gauche. - *T. R.* trompe gauche. - *P. c.* pinces maintenant le col. - *L. L.* ligament large gauche. - *P. s.* pinces maintenant le sommet de l'utérus. - La situation définitive de la grande pince et des petites est représentée fig. 14.

Quatre ou cinq fois seulement il nous est arrivé, par suite d'impossibilité matérielle, d'abandonner le cul-de-sac antérieur, pour attaquer par le postérieur un fibrôme sous-péritonéal enclavé.

Dans ces cas, nous ne pratiquons toujours que la section médiane partielle de l'utérus, et, au moment où le fond apparaît, ce dernier se trouve encore relié au col, sur lequel demeurent fixées les deux premières pinces à griffes.

Lorsque l'utérus est hors de la vulve, nous n'avons fait encore aucune hémostase.

Nous détachons avec les doigts, s'il y a lieu, et nous attirons aussi bas que possible, avec des pinces à anneaux, les annexes altérées ou non, et nous appliquons nos pinces à mors élastiques, en commençant, à moins d'indication contraire, par le ligament large du côté gauche. Ce ligament étant saisi à l'aide de la main gauche, au delà des annexes, nous introduisons une première pince presque verticalement, une des branches en avant, l'autre en arrière, et nous la fermons modérément,

de façon à nous assurer par le contact direct de ses extrémités, avec l'index gauche, au niveau du cul-de-sac postérieur, que rien ne lui échappe, et que, par contre, elle ne saisit aucun organe étranger. La pince est alors serrée au maximum ; une seconde, plus grêle, est appliquée au-dessous, pour plus de sécurité, et le ligament large sectionné

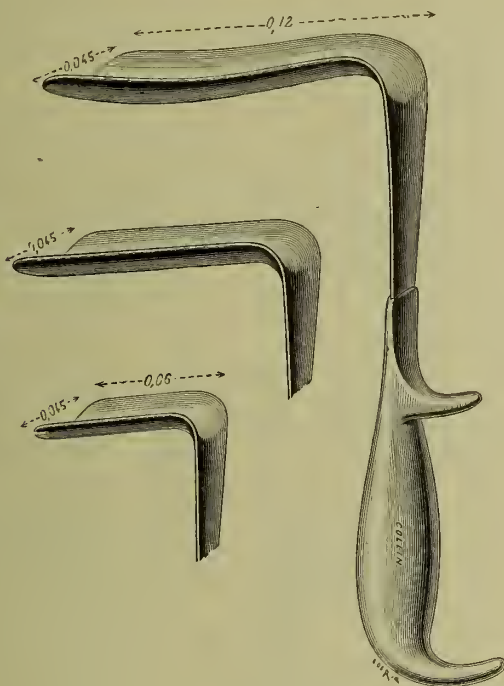


Fig. 34. - Écarteurs vaginaux du Dr E. Doyen pour l'hystérectomie vaginale : modèles de 45 millim. de largeur. - *Légende* : largeur, 45 millim.; longueur, n° 1 (en commençant par en bas), 6 cent.; n° 5, 9 cent.; n° 6, 12 cent.

à quelques millimètres d'elle. L'autre ligament est traité de même. Si la grande pince, ce qui est bien rare, n'a pu d'emblée être appliquée au-dessus des annexes, on place ensuite, au delà de l'ovaire et de la trompe, une pince plus petite et on les résèque.

Nous tamponnons avec une compresse stérilisée, en ayant soin d'adosser les lambeaux péritonéaux antérieur et postérieur.

La grande pince est retirée au bout de quarante-huit heures, et

se détache aisément, grâce à l'élasticité de ses mors ; la petite est enlevée le soir ou le lendemain matin, ainsi que la gaze, si cette dernière paraît sensiblement remontée vers la profondeur. L'élasticité des ligaments larges, qui a été mise en jeu pendant l'opération, se manifeste, en effet, peu à peu, et l'avantage extrême de notre procédé d'hémostase définitive est que nos pinces à demeure, dont l'articulation correspond au bord supérieur des ligaments larges, tandis que leur extrémité vient butter en s'en coiffant au niveau du péritoine du cul-de-sac de Douglas, ne peuvent en aucun cas venir faire saillie en plein péritoine au milieu des anses intestinales.

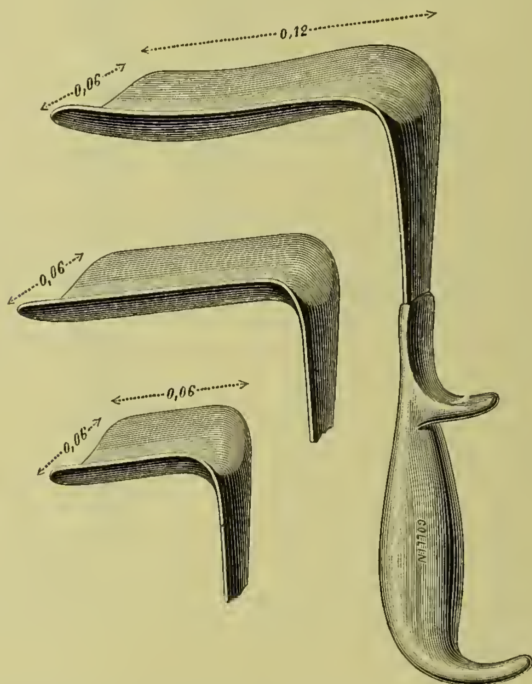


Fig. 35. - Écarteurs vaginaux du Dr E. Doyen pour l'hystérectomie vaginale : modèles de 60 millim. de largeur. - *Légende* : largeur, 60 millim.; longueur, n° 1 (en commençant par le bas), 6 cent.; n° 2, 9 cent. ; n° 3, 12 cent.

Nous figurons ci-contre (voir fig. 34 et 35), avec l'indication de leurs dimensions, les écarteurs, dont nous nous servons depuis 1887. Ces écarteurs, au nombre de six, sont de trois longueurs différentes (6, 9 et 12 centimètres) ; pour chaque longueur, nous avons deux modèles :

l'un plus étroit (4 centimètres 5) (fig. 34); l'autre plus large (6 centim.) (fig. 35). L'angle de la valve et du manche se modifie à volonté, en pliant plus ou moins la partie plate qui les unit, et qui a été détrempée à cet effet.

Le plus étroit et le plus court de ces écarteurs suffit quand le volume de l'utérus est à peu près normal. L'écarteur long et étroit est des plus

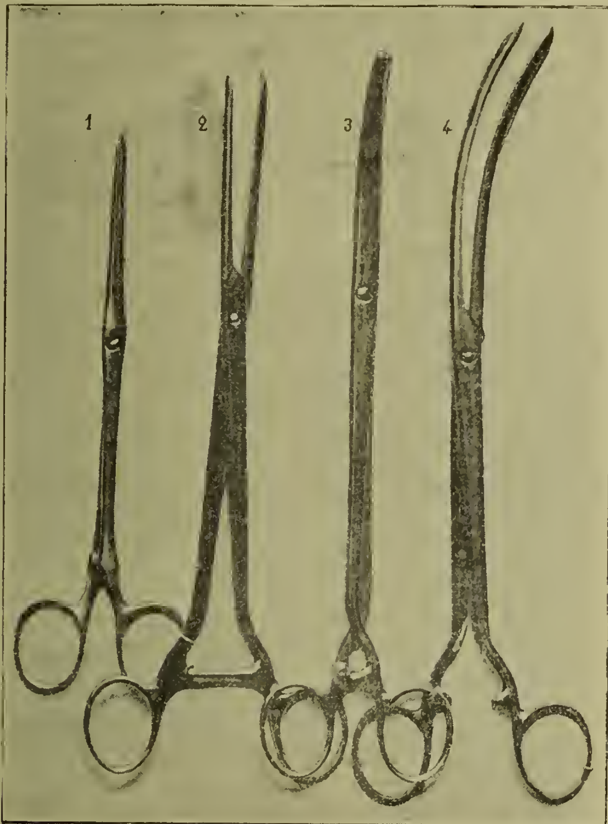


Fig. 36. - 1, 2, 3, 4, pinces à mors rigides pour l'hystérectomie vaginale. Le n° 4 est la pince de Richelot, qui a occasionné notre premier insuccès. (D'après une photographie).

utiles, après la section des ligaments larges, pour faire la toilette du péritoine, que nous pratiquons avec des compresses stérilisées.

Les deux modèles de 12 centimètres, qui sont concaves à la fois sur leur longueur et sur leur largeur, servent tout particulièrement à

l'ablation des fibrômes volumineux, atteignant ou dépassant le volume d'une tête de fœtus. Les culs-de-sac péritonéaux, étant, par notre procédé, largement ouverts dès le début de l'opération, les grands écarteurs sont introduits, pour l'extraction des grosses tumeurs, en

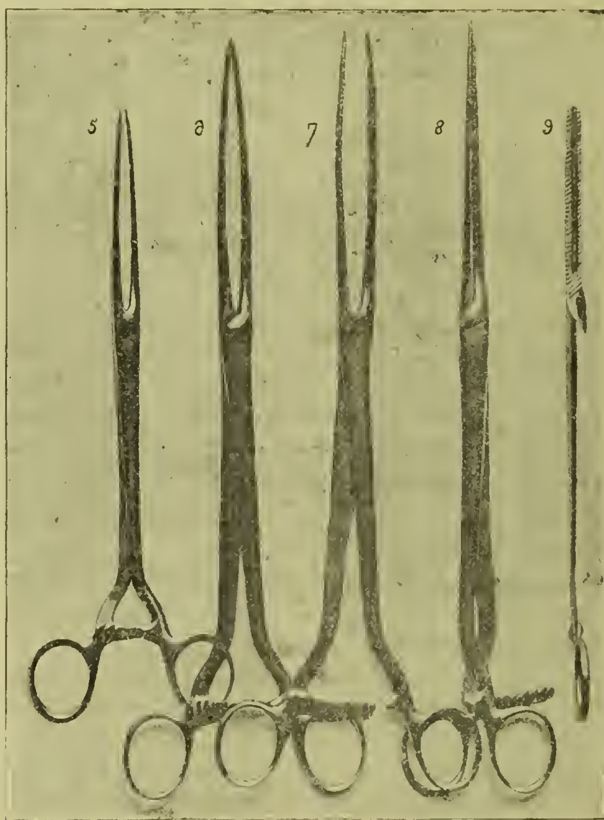


Fig. 37. - 5, 6, 7, 8, 9, pinces à mors élastiques du D[r] E. Doyen (mars 1887). Petit et grand modèles. (D'après une photographie.)

plein péritoine, tantôt en avant, tantôt en arrière, certains fibrômes de la paroi postérieure ne pouvant être extraits que par le cul-de-sac de Douglas.

Nous avons présenté nos pinces à pression élastique et à mors cannelés à la Société de Chirurgie de Paris, en mai 1887. Il est fait

dans les Bulletins simplement mention de notre communication, sans la moindre description des instruments. Notre procédé d'hystérectomie et d'hystérotomie par section médiane a été communiqué à la Société médicale de Reims (19 octobre 1887) et au cinquième Congrès français de Chirurgie (1891).

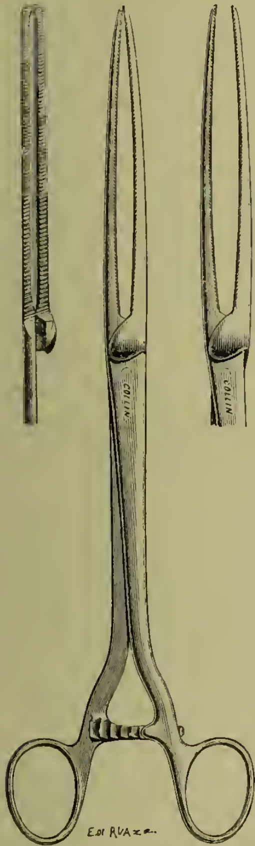


Fig. 38. - Détails de la pince à hystérectomie vaginale.



Fig. 39. - Pince à hystérectomie vaginale fermée.

Nous insistons sur la description de nos pinces, dont le principe, absolument nouveau, a été appliqué depuis à presque tous les autres modèles de pinces hémostatiques à longs mors. Ces mors étaient autrefois rigides, et, s'ils saisissaient une épaisseur de tissus quelque peu considérable, leurs extrémités s'écartaient légèrement à mesure qu'on

engrénait la crémaillère. Les tissus situés au voisinage de l'articulation étaient ainsi étroitement serrés, tandis que ceux que devaient maintenir l'extrémité des mors demeuraient presque libres, pour s'échapper dès qu'on en avait pratiqué la section. Cet accident a occasionné la mort de plusieurs malades (Doyen, Richelot, un cas), les artères utérines ayant saigné dans la cavité péritonéale.

Nous avons fait construire par Collin, pour remplacer ces modèles défectueux, des pinces à mors concaves et élastiques suivant leur longueur. La partie moyenne des mors se resserre à mesure qu'on rapproche les anneaux de la pince, et, lorsqu'on a atteint les derniers crans de la crémaillère, les mors sont au contact sur toute leur longueur. M. Collin a construit ces instruments avec une telle perfection, qu'on peut y serrer aussi étroitement un mouchoir plié en quelques épaisseurs ou le ligament large le plus épais (Voir fig. 36, 37, 38, 39).

La cannelure longitudinale, large et profonde, de la face interne des mors, doit s'arrêter à quelques millimètres de leur extrémité; elle a pour but de produire un écrasement plus complet des tissus, qui, presque entièrement sectionnés au bout de quarante-huit heures, se détachent d'eux-mêmes au bout de quelques jours. C'est ce détail qui nous fait employer les mêmes pinces pour l'hémostase définitive des ligaments larges, dans notre procédé d'hystérectomie totale par la laparotomie, les ligatures les plus serrées ne tombant que beaucoup plus tard.

Les mêmes pinces nous servent pour l'hémostase temporaire des pédicules vasculaires, dans la laparotomie, quand il n'est pas indiqué de les lier immédiatement. Les petites pinces, que nous plaçons au-dessous des pinces cannelées, ont aussi des mors élastiques, de même que les longues pinces courbes qui nous servent à la fermeture temporaire de l'estomac et de l'intestin dans nos opérations de résection du pylore et nos gastro-entérostomies (1).

Les résultats que nous a donné l'hystérectomie vaginale méritent d'être mentionnés et sont tout à l'avantage du manuel opératoire que nous avons décrit plus haut.

Nos opérations sont au nombre de cent douze et se répartissent

---

(1) Nous signalerons à ce propos trois nouvelles opérations de résection du pylore, avec gastro-entérostomie, et trois nouvelles gastro-entérostomies antérieures, toutes suivies de guérison, ce qui porte à huit cas, sans un seul insuccès (quatre pylorectomies avec gastro-entérostomie; quatre gastro-entérostomies simples), le nombre de ces opérations, faites d'après notre procédé, à notre clinique particulière.

ainsi : (vingt-trois cancers et quatre-vingt-neuf castrations pour lésions diverses, comprenant vingt-huit cas de fibrômes). La mortalité, en bloc, a été de six cas. Notre première opérée a succombé (hémorragie due à une pince défectueuse) ; nous avons perdu deux femmes parmi les dix-sept suivantes, deux parmi les quarante-une suivantes et une seule des cinquante-trois dernières. Nous reviendrons sur ces chiffres dans notre étude comparative des statistiques de divers chirurgiens.

Nous espérons, par l'expérience acquise, améliorer encore ces résultats, d'autant mieux qu'il s'est agi dans tous nos insuccès de complications que nous sommes en mesure aujourd'hui d'éviter presque à coup sûr.

3° *Hystérotomies.* — Nos opérations d'hystérotomies, c'est-à-dire les énucléations de polypes et de fibrômes interstitiels, sont au nombre de vingt-deux. Nous avons pratiqué les premières en 1887. Nous avons enlevé par l'hystérotomie des fibrômes pesant jusqu'à 2.200 gr. Nous faisons actuellement de préférence, dans les cas où la coque utérine est très mince, l'hystérectomie totale : en effet, celles de nos opérées qui se trouvaient dans cette condition éprouvèrent des accidents fébriles dus à la suppuration de la loge du fibrôme, cette loge, presque dépourvue de fibres musculaires, tardant à se rétracter, et restant flasque dans l'abdomen, malgré les irrigations chaudes, et de fortes doses d'ergotine. L'involution de l'utérus fut dans ces cas si longue à se faire, qu'on pouvait encore, huit jours après l'opération, percevoir au palper la sonde intra-utérine au niveau de l'ombilic.

Ces vingt-deux opérations furent toutes suivies de succès, à part une seule, faite tardivement pour un fibrôme gangrené, chez une femme qui se trouvait déjà atteinte de septicémie et qui fut opérée d'urgence à la campagne. La mort, dans ce cas, n'est imputable qu'à la généralisation microbienne antérieure à l'opération.

Notre procédé opératoire a toujours été sensiblement le même : section de la lèvre antérieure du col, s'il n'était pas suffisamment entr'ouvert, et morcellement progressif de la tumeur, avec cette particularité que, de même que pour l'hystérectomie, nous incisons le où les fibrômes en V, d'avant en arrière, et longitudinalement, et que nous agissons toujours à leur surface, plutôt qu'à leur centre. Il nous est arrivé, grâce à plusieurs sections en V, d'attirer successivement au dehors, sans le détacher du reste de la tumeur, chaque segment ainsi formé, et d'extraire la masse totale parsemée d'incisures, mais presque d'un seul morceau. Cette méthode est des plus rapides.

§ III. — **Résumé général.**

Nous terminerons en parcourant en bloc nos résultats opératoires et en faisant ressortir les points originaux de notre pratique.

Mais il nous paraît intéressant de comparer d'abord notre statistique à celles d'autres chirurgiens, tant au point de vue du nombre de nos opérations annuelles que pour la proposition des insuccès.

I. — NOMBRE D'OPÉRATIONS ANNUELLES.

Nous avons, à cet effet, recherché dans les cliniques de M. Péan et les statistiques de M. Terrier le nombre de leurs opérations annuelles de laparotomie et d'hystérectomie. Nous avons trouvé les chiffres suivants.

M. Péan a pratiqué de 1864 à 1878, c'est-à-dire en quatorze ans, trois cents laparotomies, soit annuellement vingt-deux ; de 1885, c'est-à-dire en sept ans, trois cent septante-quatre laparotomies et hystérectomies, soit annuellement cinquante-quatre. En 1885, nous relevons pour l'année, nonante-sept opérations ; en 1886, cent vingt-sept ; et en 1887, cent vingt-huit.

Si nous consultons à leur tour les statistiques de M. Terrier, nous comptons : cinquante laparotomies et hystérectomies en 1886 ; cinquante-une en 1887 ; cinquante-quatre en 1888 ; quatre-vingt-sept en 1889 ; cent dix-huit en 1890 ; cent trente-neuf en 1891.

Parmi ces chiffres, les laparotomies pour lésions de l'utérus et de ses annexes et les hystérectomies vaginales entrent en ligne de compte, dans les statistiques de M. Terrier, pour quarante-cinq cas (onze morts) en 1886 ; quarante-deux cas (onze morts) en 1887 ; quarante cas (quatre morts) en 1888 ; septante-quatre cas (quinze morts) en 1889 ; nonante-un cas (dix-sept morts) en 1890 ; et cent cinq cas (quartorze morts) en 1891.

Il nous suffira, pour témoigner de l'activité de notre clinique particulière, de signaler également le nombre de nos opérations qui, depuis 1890, s'est accru dans des proportions telles qu'en 1891, nous avons fait cent seize opérations de laparotomie et d'hystérectomie, comprenant soixante-six laparotomies et cinquante hystérectomies.

Le 15 septembre 1892, nous atteignions pour l'année courante, laparotomies et hystérectomies réunies, le chiffre de nonante-deux opérations, et à la fin de novembre, au moment où nous corrigions

ces épreuves, celui de cent vingt-cinq, comprenant quarante hystérectomies vaginales et quatre-vingt-cinq laparotomies.

Le nombre total des malades opérées à notre clinique depuis le 1er janvier était, à la même époque, de quatre cents, c'est-à-dire que 31 % d'entre elles y avaient subi la laparotomie ou l'hystérectomie.

2. — RÉSULTATS OPÉRATOIRES.

A. — **Ovariotomies.**

1° *Statistiques comparatives.* — M. Péan, dans ses premières statistiques, sépare les kystes de l'ovaire et ceux du ligament large, qui donnent jusqu'en 1885 une mortalité de 15 % pour les premiers (quatre cent dix-neuf cas) et de 38 % pour les derniers (cinquante-cinq cas). En 1885, la mortalité pour kystes de l'ovaire et du ligament large réunis est de 11 % (cinquante-quatre cas), pour tomber en 1886 et 1887 à 5,1 % (1).

M. Terrier, sur deux cents ovariotomies faites de 1874 à 1889, compte trente-sept morts (18 %).

M. Terrillon, sur deux cent septante opérations analogues faites de 1880 à 1892, vingt-quatre morts, soit 8,6 %.

La plus belle statistique appartiendrait à Lawson Tait, qui ne mentionne que neuf morts sur deux cent septante-deux opérations, soit 3,3 %.

2° *Statistique personnelle* — *a) Ovariotomies proprement dites.* — Nous avons signalé, parmi nos opérations, soixante-cinq tumeurs de l'ovaire et du ligament large, dont soixante-deux non suppurées et trois infectées de bactéries pyogènes et compliquées de péritonite. Sur ces dernières, nous avons perdu deux malades, tandis que, sur les soixante-deux tumeurs non suppurées, nous n'avons pas eu d'in-

---

(1) Nous trouvons fréquemment notés comme cause de la mort : embolie, inanition, alcoolisme, méningite, hématémèse, étranglement interne, accidents de convalescence (tels qu'un abcès stercoral et une perforation intestinale) ; ces termes nous semblent une interprétation toute artificielle de véritables complications opératoires, où nous n'avons pas de peine à reconnaître le plus souvent la péritonite et la septicémie. Cette tendance à attribuer à des causes extra-opératoires les insuccès chirurgicaux n'a nulle part été mieux exagérée que dans la thèse de M. Gauchas, inspirée par M. Verneuil (1882), sur la stéatose du foie, que l'auteur met en première ligne, en rejettant presque comme accessoires et secondaires l'infection purulente et la péritonite.

succès dépendant de l'opération, la seule femme que nous ayons perdue étant morte de broncho-pneumonie bilatérale et se trouvant âgée de 75 ans.

Toutes les personnes atteintes de kystes ou fibrômes de l'ovaire non suppurés et âgées de moins de 70 ans ont donc guéri ; et si nous comptons les deux cas de mort après opération de kystes suppurés, bien que ces deux insuccès ne puissent être mis sur le compte de l'intervention, les malades, dont l'une était diabétique, se trouvant presque mourantes lors de leur arrivée à la clinique, nous obtenons sur soixante-quatre cas une mortalité inférieure à celle de Lawson Tait, c'est-à-dire 3,1 %.

b) Tumeurs malignes (opérations incomplètes). — Les tumeurs de mauvaise nature ont donné, sur neuf cas, 33 % d'insuccès. Ces cas ne prêtent guère à la discussion, les tumeurs malignes s'accompagnant d'un degré de cachexie bien variable et pouvant donner lieu à des tentatives opératoires de gravité fort différentes.

B. — **Ablations d'annexes par laparotomie.**

1° *Statistiques comparatives.* — Les ablations d'annexes par la laparotomie donnent une mortalité fort inégale, suivant qu'on opère de simples ovaro-salpingites catarrhales, des kystes tubaires séreux ou hématiques, ou que l'on tente, au contraire, l'ablation de tumeurs suppurées et adhérentes à contenu très virulent.

Les ablations d'annexes sans lésions, ou opérations de Battey (castrations proprement dites) sont sans gravité et ne donnent pas de mortalité opératoire.

Nous avons réuni, à l'exemple de la plupart des chirurgiens, les cas les plus divers, de telle sorte que nos totaux comportent une moyenne de 50 % de cas compliqués.

La mortalité de l'opération, ainsi envisagée en bloc, bons et mauvais cas compris, s'est montrée la suivante :

Terrier, de 1886 à 1892, sur cent quarante-trois ablations d'annexes, a eu dix-huit morts, soit 12,7 %.

Terrillon a communiqué en 1891, au cinquième Congrès français de Chirurgie sa statistique générale. Il avait opéré, depuis 1886, cent quarante cas avec neuf morts, soit 6,4 %.

2° *Statistique personnelle.* — Nous avons vu dans la première partie de ce mémoire que soixante laparotomies pour lésions des annexes ou hystéropexies nous avaient donné six insuccès (10 %), et que, sur

ces six cas malheureux, trois étaient dus à l'emploi fortuit, malgré les précautions antiseptiques générales les plus minutieuses, de catgut septique. Ces trois cas de mort auraient donc pu être évités, ce qui donnerait une proportion de 5 o/o d'insuccès : le meilleur moyen, d'ailleurs, de ne pas avoir d'accidents septiques dus au catgut eût été de ne pas demeurer éclectique et d'opérer sans exception par le vagin.

C. — Hystérectomies abdominales.

1° *Statistiques comparatives.* — L'hystérectomie abdominale a toujours été considérée comme plus grave que l'ovariotomie ; il suffit, pour nous en rendre compte, de nous reporter à diverses statistiques.

Péan, avant 1885, signale une mortalité de 32 % sur quatre-vingt-quatre cas. En 1886, la proportion de ses insuccès est encore de 31 o/o (seize cas) et, en 1887, 30 %.

Les statistiques ont été dès lors dissociés, certains chirurgiens s'attachant à démontrer la supériorité d'un procédé particulier : le traitement extra ou intra-péritonéal du pédicule a été généralement mis en cause, et P. Woehner, en 1887 (Pozzi, p. 337), avait déjà réuni cinq cent septante-quatre opérations, donnant, pour le traitement extérieur du pédicule, sur deux cent soixante-deux cas, 24 % de mortalité, et pour la réduction, sur trois cent douze cas, 28,2 % d'insuccès.

Zweifel conclut également en faveur de la méthode extra-péritonéale (1888) et donne en sa faveur la proportion de 22 % d'insuccès (cent trente cas) contre 32 % pour la méthode intra-péritonéale (cent seize cas). C. Braun, de 1887 à 1890, a perdu quatre malades sur trente-huit opérations par la méthode extra-péritonéale, soit 10,5 %. Albert (1889) n'a enregistré qu'un mort sur trente hystérectomies faites par la même méthode.

En France, Terrier, sur trente-huit hystérectomies avec traitement extérieur du pédicule, a perdu quinze opérées, soit 39,4 %, et par le traitement intra-péritonéal du pédicule, quatre malades sur huit, soit 50 % (Pozzi, p. 340).

Segond, sur vingt cas (méthode extra-péritonéale), a eu neuf morts, soit 45 %.

La même méthode a donné à Richelot, sur seize cas, 18 % d'insuccès. Terrillon, au contraire, n'a perdu que 11,7 % de ses opérées par le traitement extérieur du pédicule (vingt-six cas), et 11,1 % en réduisant le pédicule (vingt-huit cas).

Pozzi se montre partisan de la méthode extra-péritonéale, qui lui a donné 13,1 % d'insuccès sur seize opérations.

Nous avons relevé, dans les statistiques de Terrier, de 1885 à 1892, soixante-une hystérectomies abdominales, dont une partie se trouve comprise dans les chiffres cités par Pozzi, et qui donnent en bloc trente-six guérisons et vingt-cinq morts, soit l'énorme proportion de 41% d'insuccès ; parmi les opérations, datant des trois dernières années (1889, 1890 et 1891), et où le mode de traitement du pédicule est noté, nous comptons : vingt-trois opérations à pédicule extérieur avec neuf morts (39 %) et sept avec réduction du moignon cervical, avec quatre morts (57 %) (1).

2° *Statistique personnelle — a) Tumeurs malignes (opérations incomplètes).* — Nos opérations incomplètes pour tumeurs malignes et suppurées de l'utérus, faites par la laparotomie, témoignent de la gravité de ces interventions, puisque nos cinq malades ont succombé, bien que dans un cas nous n'ayons fait qu'une simple exploration.

b) Hystérectomie avec traitement extérieur du pédicule. — Trente fois, nous avons tenté le traitement extra-péritonéal du pédicule ; une de nos malades, opérée *in extremis* pour un énorme fibrôme putréfié, se trouvant hors de cause, pour juger de la valeur du procédé, il nous reste : vingt-neuf cas, avec trois morts, soit 10,4 %.

Tout d'abord, sur vingt-cinq opérations, nous n'avions eu qu'un insuccès, et encore s'agissait-il d'un cas de mort par accidents cardiaques, consécutifs à l'influenza, et survenus chez une femme presque en convalescence, lorsque, sans autre cause que la brièveté relative des pédicules, nous perdîmes coup sur coup deux malades : notre statistique se trouvait de ce fait assombrie et la mortalité de l'opération s'était accrue de 4 % (vingt-cinq cas), à 10,4 % (vingt-neuf cas).

c) Traitement intra-péritonéal du pédicule. — Une tentative de réduction du pédicule nous donna un insuccès : les accidents survenus à Terrier vers la même époque nous engagèrent à abandonner ce procédé.

d) Hystérectomie totale. — C'est alors que nous pratiquâmes l'hystérectomie totale, dont nous avons donné plus haut le manuel opératoire.

---

(1) Certains chirurgiens de Paris en étaient arrivés, dans ces derniers temps, à s'abstenir des opérations de fibrômes par la laparotomie. Cet aveu d'impuissance devait momentanément mettre en relief les électriciens qui s'improvisèrent bien vite et électrisèrent sans diagnostic, comme sans résultats, fibrômes, kystes de l'ovaire et cancers du péritoine, pour nous renvoyer des malades incurables et couvertes d'escharres ou de cicatrices. Leur pratique empirique n'a pas tardé à retomber dans la déconsidération et dans l'oubli.

Nos hystérectomies totales nous donnèrent toute satisfaction, plusieurs de ces cas étant, comme nous l'avons dit, inopérables par tout autre procédé, et nos onze opérations ne comptant qu'un seul cas de mort survenu le quatorzième jour, et dû à une broncho-pneumonie bilatérale, contractée au début de l'épidémie d'influenza du commencement de l'année.

Ces onze hystérectomies totales n'ont donc été suivies d'aucun insuccès du fait de l'opération, et, en tenant compte de notre unique cas de broncho-pneumonie mortelle que nous pourrions éliminer comme extra-opératoire, la mortalité totale n'est encore que de 9 °/o.

D. — **Hystérectomies vaginales** (1).

1° *Statistiques comparatives*. — Si nous parcourons les statistiques les plus complètes, la mortalité de l'hystérectomie vaginale, comme nous l'avons vu plus haut, fut d'abord de 32 °/o environ (1884), pour tomber en 1886 à 15 °/o (Martin).

---

(1) Il est difficile, pour l'hystérectomie vaginale, de se baser sur les résultats obtenus par Péan, presque toutes ses opérées étant signalées comme guéries. Les statistiques de M. Péan contiennent en outre certaines erreurs de chiffres ; et, pour ne citer que la plus considérable : sur soixante-sept hystérotomies signalées en 1886, il s'est glissé une erreur de vingt-trois cas, la récapitulation des opérations donnant le nombre plus restreint de quarante-quatre. Les hystérotomies, ou simples incisions de l'utérus, sont en outre confondues dans le volume VII des *Cliniques* sous la dénomination commune d'hystérectomies totales avec ces dernières, de telle sorte que, sur vingt-quatre opérations, nous n'avons relevé que huit cas d'ablation totale de l'utérus contre seize cas d'incision simple ou d'énucléation de fibrômes qui devraient être classés à part. De 1882 à 1888, nous trouvons ainsi : trente-trois hystérectomies totales pour cancer, avec trois morts (21 °/o), dix-neuf hystérectomies pour fibrômes et inflammations, avec trois morts (15,7 °/o) et cinquante-huit hystérectomies, toutes suivies de succès. Contradictoirement, pour ces dernières opérations nous avons relevé dans le mémoire de Secheyron, antérieurement à 1888, quarante-trois hystérotomies avec quatre morts, soit 9,3 °/o. Nous n'avons plus retrouvé ces cas d'insuccès dans les Cliniques du maître.

Au Congrès de Berlin (août 1890), Péan mentionna soixante hystérectomies vaginales pour métrites et suppurations, sans un seul insuccès, et deux cents opérations pour myômes, avec quatre morts. (*Bull. méd.*, p. 817, 1890).

Au Congrès de Bruxelles, Péan vient de signaler nonante nouvelles hystérectomies pour lésions inflammatoires, avec un seul insuccès.

Les divergences que nous venons de signaler doivent s'expliquer sans doute par un classement imparfait de ses observations.

Ces résultats ont été dépassés depuis, et Secheyron mentionnait en 1889 une première série de vingt-cinq succès consécutifs obtenus par Péan. Toutefois, dans les statistiques de Terrier, de 1886 à 1892, nous avons relevé quarante-quatre opérations d'hystérectomie vaginale, dont deux seulement pour suppurations pelviennes, avec dix insuccès, soit 22,7 °/₀, et Bouilly sur quarante-huit cas aurait eu, d'après Pozzi, 28 °/₀ d'insuccès.

La série la plus remarquable d'hystérectomies vaginales pour cancer serait celle de Léopold (Pozzi, p. 413), qui ne perdit que quatre malades sur quatre-vingts opérations, soit 5 °/₀.

Si nous envisageons plus particulièrement l'hystérectomie pour affections de l'utérus et des annexes autres que le cancer, nous comptons, dans la statistique de Richelot, cent trente-quatre opérations avec neuf morts (6,7 °/₀); sur ces cent trente-quatre cas, il ne s'agit que trente fois de suppurations pelviennes, avec quatre insuccès, c'est-à-dire 10,2 °/₀.

Segond mentionne cent deux hystérectomies pour lésions des annexes, avec onze morts, soit 10,7 °/₀. Sur vingt cas difficiles, Segond n'a laissé que onze fois les annexes. Il signale comme complications opératoires quelques fistules vésico-vaginales qui ont guéri seules ou bien ont nécessité des interventions ultérieures. Dans cinq cas il a observé, après le troisième jour, des hémorragies importantes, qui se sont arrêtées d'elles-mêmes.

2° *Statistique personnelle.* — Nos hystérectomies vaginales sont au nombre de cent douze, dont vingt-trois pour cancer (deux morts), vingt-huit pour fibrômes (un mort), et soixante-une pour lésions non néoplasiques (trois morts). Nous ferons remarquer à ce propos que notre première hystérectomie est morte d'hémorragie, par suite de l'emploi d'une pince défectueuse (modèle de Richelot), et que, sur les dix-huit premières opérations nous avons perdu trois malades, soit 16,6 °/₀, pour avoir deux insuccès seulement sur les quarante-une suivantes (4,8 °/₀) et une sur la dernière série, qui est de cinquante-trois cas, soit 1,88 °/₀.

Ces chiffres prouvent combien sont devenues bénignes, entre les mains de certains chirurgiens, les opérations encore réputées les plus graves, comme l'ovariotomie et l'hystérectomie abdominale ou vaginale qui peuvent donner aujourd'hui, bons et mauvais cas compris, la proportion remarquable de 90 à 98 °/₀ de succès.

E. — **Hystérotomies.**

Ces dernières opérations sont sans gravité, à moins d'opérer comme il nous est arrivé dans un cas, une femme atteinte déjà de péritonite.

Nos vingt-une autres malades ont guéri sans accidents, bien que chez plusieurs d'entre elles il se soit agi de fibrômes énormes, sphacélés et putréfiés.

§ V. — **Note sur la question de priorité dans la castration utérine pour lésions suppuratives des annexes et sur l'originalité de notre procédé d'hystérectomie vaginale.**

I. — HISTORIQUE.

M. Segond, au Congrès de Bruxelles, crut devoir soulever, à l'occasion de notre communication, au cours de laquelle nous avions signalé la date du 3 décembre 1887 comme étant celle de notre première castration utérine pour lésions suppuratives des annexes, la question de priorité. Nous lisons à ce propos dans le *Bulletin médical* :

« Je regrette que M. Doyen ait attendu jusqu'à 1892 pour revendiquer la priorité dans l'hystérectomie vaginale pour lésions des annexes ; j'estime donc que le nom de Péan, qui l'a érigée en méthode et en a décrit le manuel, doit être conservé. Le procédé de morcellement de fibrômes décrit par M. Doyen comme un procédé nouveau n'est, sauf la régularité géométrique des fragments réséqués, que l'évidement central conoïde, sans hémostase préalable, pratiqué par Péan depuis de longues années. La durée du morcellement vaginal, que l'hystérectomie soit concomitante, préalable ou complémentaire, est une opération à laquelle on doit certainement assigner plus de vingt minutes comme durée moyenne ». (*Bull. méd.*, p. 1239) (Segond).

La *Semaine médicale* écrivait à son tour :

« Si M. Doyen a, dès 1887, pratiqué de parti pris une hystérectomie vaginale dans un cas de suppuration pelvienne, il s'est fait, à cette époque, si peu de bruit autour de son opération, qu'on ne l'a pas connue, et pour ma part je crois toujours que la priorité revient, malgré cette tentative antérieure ignorée, tout entière à M. Péan. D'autre part, M. Doyen parle du procédé par morcellement qui lui est propre. C'est, à n'en pas douter, le procédé par morcellement imaginé depuis longtemps par M. Péan et qui comprend la résection

successive des deux valves antérieure et postérieure de l'utérus par tranches horizontales, ou bien l'évidement central, qui est meilleur au point de vue de l'hémostase. Enfin, la section médiane de l'utérus est préférée par M. Doyen. Soit, mais je ferai remarquer que cette section avait été conseillée d'abord par M. Müller, en 1881 ». (*Sem. méd.*, p. 385, 1892) (Segond).

M. Segond ayant largement usé de son droit de parole au *Congrès de Bruxelles*, il nous était impossible, sans abuser des instants de nos collègues, de lui répondre immédiatement. Nous avons donc cherché à élucider la question, en lisant avec attention les livres de M. Péan, que nous avons parcourus avec beaucoup d'intérêt, et les publications de M. Segond, dont notre excellent collègue a bien voulu nous faire l'hommage.

Nous ferons remarquer tout d'abord que nous n'avions aucunement réclamé la priorité de l'hystérectomie pour lésions suppurées des annexes, et que nous n'avions signalé la date de nos premières opérations que pour prendre le rang jusqu'alors méconnu, malgré notre communication du 1er avril 1891, et qui nous appartenait de droit, parmi les premiers partisans de ce mode d'intervention.

La question de priorité, soulevée par l'éminent chirurgien au profit de Péan, nous oblige à revenir sur les opérations de ce dernier et à insister sur des détails que nous ignorions il y a quelques semaines. Et ce n'est pas sans un profond étonnement que nous avons constaté que Péan n'avait fait avant 1882 aucune ablation d'annexes, pour n'atteindre en 1886 que le chiffre encore si restreint de dix opérations, toutes par la laparotomie. Nous pensions également que Péan pratiquait plusieurs années avant nous-même l'hystérectomie vaginale pour lésions des annexes, lorsque nous nous sommes aperçu, en parcourant ses Cliniques, que, loin d'avoir substitué de propos délibéré à la laparotomie la castration vaginale, il ne choisit cette voie que pour remédier à un insuccès complet d'une laparotomie antérieure et n'avait encore fait en décembre 1887 que trois opérations, pour ne s'attaquer que quelques mois plus tard par l'hystérectomie à des cas de lésions suppurées péri-utérines. A propos de sa première ablation de l'utérus par le vagin pour métrite douloureuse (16 fév. 1885), opération faite chez une femme où l'ablation des annexes, pratiquée le 25 mars 1882 n'avait amené aucun soulagement, Péan fait remarquer « qu'il opéra sur la demande formelle du médecin traitant, de la malade et de la famille »; le 8 mars 1886, il enleva un ovaire, procédant par le vagin, en respectant l'utérus. En juillet, il fit au contraire une laparotomie pour lésions des annexes. En novembre, il enleva de

nouveau les annexes par le vagin, et pratiqua chez une autre femme l'hystérectomie totale par cette voie. Dans cette seconde tentative, les annexes furent laissées ; dans la première opération, il n'avait pu en être question, puisqu'elles avaient été enlevées antérieurement par la laparotomie. Jusqu'alors Péan hésitait et n'avait pas de procédé bien réglé.

Le 8 novembre 1887, seulement, il fit sa troisième hystérectomie pour lésion non néoplasique, dans un cas analogue à celui qui avait nécessité sa première opération ; les annexes avaient été enlevées dans deux opérations antérieures. Il n'appliquait donc encore l'hystérectomie pour lésions inflammatoires qu'à des cas d'exceptions.

M. Péan paraît également n'avoir fait à cette époque l'hystérectomie totale pour fibrômes que dans les cas où les dégâts survenus au cours du morcellement altéraient tellement la structure de l'utérus, qu'il devenait dangereux de le conserver. Le procédé de choix était encore pour lui l'hystérotomie, et c'est par l'incision simple de l'utérus qu'il opéra, en 1881, un kyste hématique du fond de l'utérus (28 juill.), en 1887 (17 janv.), un kyste hydatique du même organe, et, en février, mars et mai de la même année, trois cas de suppurations péri-utérines, dont l'une était compliquée de fistule rectale.

Péan classait ces opérations sous le titre de *kystes utérins*. Secheyron, dans sa thèse (1888) et dans son mémoire (1889), tous deux inspirés par Péan, son maître, signale les mêmes cas dans un chapitre également intitulé : *Hystérotomie vaginale pour kystes utérins et juxta-utérins.*

La thèse de notre ami le Dr Secheyron (1888), ne traitant que de l'hystérotomie, tandis que ses additions concernant l'hystérotomie datent de 1889, nous pouvons considérer comme l'opinion de Péan à cette époque l'appréciation de Secheyron sur cette dernière opération. Secheyron recommande la castration utérine comme préférable à l'ablation simple des annexes (p. 600). « Péan, dit-il, à plusieurs reprises, chez des femmes qui avaient des douleurs tenaces, intolérables, a enlevé l'utérus, mais laissé les annexes.... Il paraît même à M. Péan qu'après la castration utérine les annexes tendent à s'atrophier. La castration utérine paraît donc plus recommandable que la castration ovarienne. Le mieux serait d'être plus radical encore et d'enlever l'utérus avec les annexes ».

L'auteur ajoute dans une note : « M. Doyen nous communique l'observation suivante : cas d'hystérectomie vaginale pour métrite chronique, guérison : les deux ovaires, gros comme des mandarines, et purulents, furent enlevés au cours de l'opération... » et continue : « L'extirpation de certains ovaires, surtout s'ils étaient augmentés de

volume, peu entachés d'adhérences, et prolabés, serait facile. La recherche de certains autres serait au contraire fort difficile et leur extirpation très laborieuse ; il serait peut-être préférable, dans ces cas, de ne pas insister et d'attendre les résultats de l'ablation de l'utérus ».

Et, plus loin, p. 605 : *Hystérectomie* vaginale dans les inflammations péri-utérines. « Un nouveau chapitre d'indications opératoires de l'hystérectomie vaginale vient de s'ouvrir : M. Péan, se trouvant en présence de deux malades très affaiblies, en danger de mort, et affectées de suppurations péri-utérines, a proposé et exécuté avec succès l'hystérectomie vaginale. L'opération était une opération de nécessité : il fallait conjurer par une tentative extrême une issue considérée comme fatale à brève échéance. Rarement des cas analogues, entraînant une opération aussi grave, se présenteront. Ce chapitre renferme en tout deux opérations de Péan, datant du 2 juin et du 30 août 1888. Les annexes ont été laissées ».

Dans un appendice, Secheyron cite, comme opérations pour phlegmasies utérines et péri-utérines, les deux opérations du 12 et du 20 décembre 1887, que nous avons signalées plus haut, et qui se rapportent, non pas à des phlegmasies péri-utérines primitives, mais à des kystes ovariens multiloculaires suppurés.

La première hystérectomie de Péan pour pelvi-péritonite suppurée date du 6 mars 1888 (p. 784), et se trouve ainsi de trois mois postérieure à notre première hystérectomie vaginale pour lésion suppurée des annexes.

Enfin nous lisons, dans les conclusions, au chapitre : Hystérectomie vaginale pour phlegmasies péri-utérines : « Les phlegmasies péri-utérines entraînant des suppurations à longue durée, des accidents septicémiques, peuvent nécessiter une opération radicale comme l'hystérectomie vaginale. L'opération est alors l'ultime ressource, une dernière chance de succès ».

Péan fut plus affirmatif dans sa communication à l'Académie (8 juillet 1890) et conseille, dans tous les cas graves de lésions inflammatoires péri-utérines, de recourir d'emblée à l'hystérectomie vaginale (*Bull. méd.*, p. 633 et suiv.). Nous avons vu que c'est la lecture de cette communication qui engagea Segond à voir opérer Péan, pour l'imiter peu après. Nous avons vu également que tous deux ne font l'ablation des annexes qu'accessoirement et quand, après l'ablation de l'utérus, elles se présentent à la vulve.

La question de l'ablation des annexes étant à l'ordre du jour du cinquième Congrès français de Chirurgie, qui s'ouvrait six mois plus tard, nous avons réservé nos documents pour ce Congrès.

Nous nous sommes montré, dans la séance du 1er avril 1891, franchement partisan de la castration totale par le vagin, et nous y avons développé les résultats de nos vingt premières opérations.

Nous avons indiqué de plus « l'année 1887 » comme l'époque où nous avions fait nos premières castrations totales par le vagin et nous avons pris soin de signaler notamment notre première ablation vaginale de l'utérus et des annexes comme ayant été faite de propos délibéré et pour lésions suppurées.

Notre communication, qui était basée sur cinquante-six opérations, dont vingt hystérectomies vaginales, et qui apportait à l'appui des idées de Segond des opérations de trois ans antérieures à celles de notre collègue, paraît, malgré son importance, être restée absolument méconnue.

Quénu, Routier (1891 et 1892) et Segond lui-même (1892) n'en firent aucune mention. Si l'on vient donc à nous reprocher aujourd'hui le peu de bruit qui s'est fait autour de nos opérations, nous serons obligé de répondre qu'il faut être un Péan ou un Segond pour lancer aussi brillamment un nouveau procédé, et que le peu d'attention que prêtent certaines sociétés de la capitale aux communications qui n'émanent pas d'un de leurs membres assure aux chirurgiens de province le seul privilège de rester ignorés.

Heureusement nos confrères de la région appréciaient nos succès et bien de nos amis pourraient témoigner que, dès 1887, ils connaissaient les indications de la castration totale par le vagin et spécifiaient, en nous envoyant leurs malades, qu'il était nécessaire d'enlever, non seulement l'utérus, mais aussi les annexes. Le nombre de nos opérations en est la meilleure preuve.

Nous nous sommes donc contenté d'amasser de nouveaux documents et nous avons patiemment attendu le Congrès de Bruxelles, persuadé qu'à l'étranger, au moins, nous pourrions obtenir quelque attention de nos compatriotes les chirurgiens de Paris.

Il est donc bien établi que nous avons donné avant Péan les indications de la *castration totale* par le vagin, ce dernier n'enlevant qu'accessoirement les trompes et les ovaires, alors que depuis plusieurs mois nous suivions la pratique opposée et que nous avons pratiqué avant lui la castration vaginale pour lésions suppurées des annexes.

Nos opérations ont de plus ce point d'originalité, que nous avons fait de propos délibéré la castration utéro-ovarienne totale par le vagin près d'un an avant d'avoir tenté la simple ablation des annexes par la laparotomie et que nous avons décidé en connaissance de cause de supprimer d'emblée la totalité des organes génitaux internes, tandis

que M. Péan n'a fait sa première ablation de l'utérus par le vagin que par nécessité, dans un cas d'insuccès de l'ablation antérieure des annexes.

II. — **Originalité de notre procédé d'hystérectomie vaginale.**

Notre procédé d'hystérectomie vaginale n'est-il, comme a semblé le croire M. Segond, qu'une double copie du procédé de Müller (section longitudinale) et du procédé de Péan (morcellement). Il n'en est rien et, s'il a pu régner dans l'esprit de M. Segond, au cours de la séance du Congrès de Bruxelles où il a pris à tâche de combattre l'originalité de ce procédé, quelque incertitude, c'est que nous n'avions pu disposer d'un temps suffisant (cinq minutes) pour en développer les détails.

Afin d'éclaircir le premier point, nous avons lu en entier les deux premiers mémoires de Müller, et notamment le second, où l'auteur fait ressortir les avantages de « la section médiane de l'utérus dans l'hystérectomie vaginale ».

Müller s'exprime ainsi :

« S'il y a de la difficulté à extraire l'utérus, on peut y obvier facilement en divisant l'utérus renversé en arrière, ou simplement attiré vers l'opérateur, en deux moitiés symétriques, par une incision verticale. Cela fait, on peut extraire facilement les deux moitiés de l'organe avec leur ligament respectif et lier l'un comme l'autre avec la même facilité ». (*Eine Modification des Vaginal. Total-extirpation des Uterus; in Cent. f. Gynæk.*, p. 113, 1882).

Outre que nous ignorions en 1887 le mémoire assez peu détaillé de Müller, il est aisé de voir, en se reportant à la description de notre procédé, que notre manière de faire est tout autre et que notre section de la paroi antérieure seule de l'utérus, sans hémostase préalable, diffère absolument de la « division de l'utérus en deux moitiés symétriques », qui expose notamment *à la réduction momentanée dans le péritoine, au cours de l'hémostase définitive du premier ligament large,* d'une moitié de l'utérus ulcéré ou cancéreux, *c'est-à-dire à l'infection de la séreuse.* L'inutilité de la section totale de l'utérus et l'inconvénient grave que nous venons de signaler nous avaient frappé dès nos premières opérations. M. Quénu n'ayant tenté la section médiane de l'utérus qu'en 1891, c'est-à-dire quatre ans après nos premières communications à la Société médicale de Reims, et plusieurs mois après notre communication au cinquième Congrès français de Chirurgie, nous protestons

contre la dénomination de « Procédé-Müller-Quénu », donné par Segond au procédé de section médiane de l'utérus. Les détails du procédé de Quénu sont d'ailleurs assez vagues. (*B. et M. de la Sociét. Chir.*, 4 nov. 1891, pp. 633 et suiv.) et nous ne saisissons pas bien pourquoi, « après avoir libéré le col, il place à l'étage inférieur des ligaments larges, une pince courte et solide, pour lui substituer, craignant d'être gêné par cet instrument, une ligature de soie ». Quénu coupe alors le col, non pas latéralement comme le font Péan et Segond, mais sur la ligne médiane, à mesure qu'il est décollé. Plus tard, M. Routier (*Ann. de Gynéc.*, 1892, p. 328) déclare « qu'avec les deux modifications de M. Quénu : *boutonnière vaginale rétro-utérine et hystérectomie par section médiane*, il emploie plus volontiers cette opération dans les cas de lésions des annexes ».

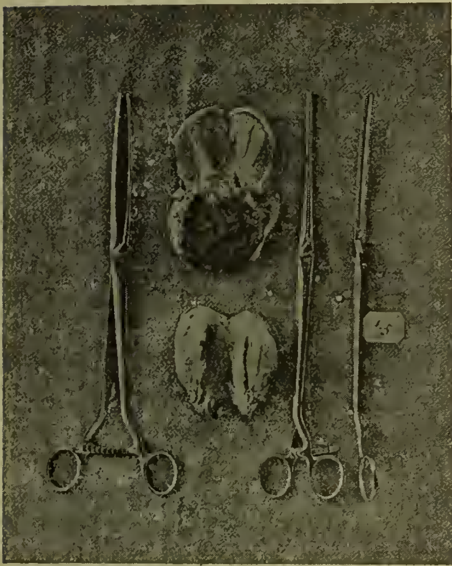


Fig. 40. - Utérus cancéreux enlevés le 12 février 1887 (col et corps) et le 19 mars 1887 (col). Les pinces à pression élastique, photographiées avec les pièces, ont été construites entre ces deux opérations (1).



Fig. 41. - Utérus fibrômateux et enclavé, enlevé par le vagin le 17 mai 1887. - En bas, les trois premiers fragments du corps utérin, incisé sur la ligne médiane. Au-dessus, un volumineux fibrôme interstitiel. Enfin la masse principale, enlevée d'une seule pièce. Le col est totalement fendu d'avant en arrière : l'utérus n'est incisé que sur sa face antérieure. Dimensions de la tumeur : 19 c. sur 13 c.

(1) Les cuivres des figures 40 et 41 ont été exécutés en 1887 par la maison Arento. Leur ancienneté explique l'imperfection des figures 40 et 41. (*N. d. l. R.*)

Nous comprenons peu l'enthousiasme de M. Routier pour un procédé aussi défectueux où l'hystérectomie, loin d'être simplifiée, semble compliquée comme à loisir pour un mélange hybride de forcipressure et de ligatures.

Nous représentons, dans les deux gravures ci-jointes (Voir fig. 40 et 41) d'après des photographies faites en 1887, nos trois premières pièces d'hystérectomie vaginale. Ces planches témoignent que nous n'avons pas sensiblement changé depuis cette époque notre manière de faire.

Nous n'en pourrions pas dire autant de Péan, qui, en 1887, n'avait pas encore réglé son manuel opératoire et était loin de faire méthodiquement dans tous les cas la section transversale et l'ablation du col qu'il a préconisées plus tard. Quelques citations en donneront la preuve.

En 1889 Secheyron décrit ainsi, suivant Péan, le manuel opératoire de l'hystérectomie :

1º Libération du col des insertions vaginales..... « C'est le moment de l'opération où les pinces hémostatiques sont le plus nécessaires, car, avant de poursuivre l'opération, il faut obtenir une hémostase complète »;

2º Section du col et de l'utérus jusqu'au niveau de la tumeur ;

3º Morcellement de la tumeur, suivi ou non de l'énucléation d'une de ses parties ;

4º Excision et suture des lèvres du col. (Cette excision n'est mentionnée que dans le titre du paragraphe.)

Pour ce qui concerne l'hystérectomie totale, Péan préconise (Secheyron, 1889, et *Clin.*, t. VII, 1890) le pincement préventif des ligaments larges, tout d'abord à leur base, afin d'en détacher latéralement l'utérus, et plus tard (fig. 20, Secheyron), le pincement de leur partie supérieure au cours de la bascule de l'utérus, dont l'extraction n'est faite qu'à l'aide de la section totale de ces ligaments. Dans certains cas, le morcellement est indiqué; il se fait, ajoute Secheyron, comme dans l'hystérectomie. Péan recommande encore le cautère, et conseille « d'en avoir trois à sa disposition ».

Dans sa communication à l'Académie (juillet 1890, *Bull. méd.*, p. 633), Péan recommande de nouveau le morcellement, mais néglige d'en donner le manuel opératoire, que nous trouvons ainsi décrit pour la première fois d'une façon méthodique dans un numéro ultérieur (*Bull. méd.*, p. 817) :

1º Abaissement et dissection du col ;

2º Hémostase des ligaments larges au moyen de pinces;

3º Ablation du col ;

4° Incision bilatérale, morcellement et ablation du corps de l'utérus;
5° Hémostase du bord supérieur des ligaments larges;
6° Excision de l'utérus.

La description par lui-même du procédé de Péan le cède toutefois de beaucoup en clarté à l'exposé que nous en a donné si brillamment, en 1891, M. Segond, et c'est surtout à la lecture du mémoire de M. Segond que l'on reconnaîtra les divergences sans nombre qui existent entre les deux procédés en litige.

M. Segond mentionne différents temps (*Ann. de Gyn.*, mars 1891) :

1° Abaissement du col, libération des insertions vaginales, et section bilatérale, après application de pinces sur la partie inférieure des ligaments larges;
2° Résection des deux valves ainsi obtenues;
3° Section bilatérale du corps, et évidement conoïde de l'utérus;
4° Abaissement du fond de l'utérus et pincement du bord supérieur des ligaments larges;
5° Section de la partie supérieure des ligaments et extraction de l'utérus;
6° Ablation des annexes, « si elles ne sont pas trop adhérentes, et cèdent à la traction des pinces sous les yeux de l'opérateur ».

A propos de l'ablation des annexes, Segond, qui suit en tous points la pratique de Péan, nous dit : « Quand l'utérus est en contact avec les collections purulentes..., c'est au cours de l'ablation de cet organe qu'elles sont ouvertes par le travail des écarteurs, et l'ablation de l'utérus s'accomplit et se termine *avec ou même* sans ouverture des culs-de-sac péritonéaux. Sinon il faut, après avoir enlevé l'utérus, aller à la recherche du pus. Quand les adhérences des poches sont solides, il faut savoir se contenter d'une ablation incomplète et de leur simple ouverture » . Et plus loin : « Il faut enlever autant que possible la totalité de l'organe, procéder par décollement juxta-utérin progressif, sans faire un temps spécial de l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux; se laisser guider à cet égard par la nature des lésions.... et, suivant les cas particuliers, se contenter de l'ablation de l'utérus, lorsque les collections péri-utérines peuvent être largement ouvertes, soit au cours de l'intervention, soit après l'extraction de l'organe; enfin ne pratiquer l'ablation des annexes que lorsque cette ablation se fait aisément et sous les yeux de l'opérateur ».

Outre les longueurs et les incertitudes de l'opération, la nécessité où se trouve Segond, d'après la méthode de Péan (méthode si parfaite, qu'il est impossible d'en améliorer le moindre détail), d'avoir toute une série de pinces à anneaux dorés sur une face

ou sur l'autre, afin de pouvoir les reconnaître, quand il s'agit de les enlever, témoignent à elle seule de l'infériorité de ce procédé. Nous pensons donc que, sans avoir besoin de faire remarquer à nouveau pour ce qui concerne Péan que nous n'avons pu imiter en 1887 un procédé qui n'a été réglé dans ses grandes lignes qu'en 1890, les particularités les plus saillantes de notre procédé d'hystérectomie vaginale, telles que :

1° L'absence de toute hémostase préventive;

2° L'extraction de l'utérus à l'aide de la section longitudinale simple ou en V de sa paroi antérieure;

3° Notre méthode spéciale de forcipressure en masse des ligaments larges, lui assureront cette originalité sans conteste, que M. Segond lui-même a bien voulu concéder à notre procédé d'hystérectomie totale par la laparotomie.

III. — **Durée de l'opération.**

Nous répondrons enfin à la dernière des objections de notre excellent collègue, M. Segond, *qui pense que l'on doit assigner plus de vingt minutes en moyenne aux opérations de morcellement.*

Nous avons noté dans ce but, la durée de douze hystérectomies vaginales, toutes avec ablation complète des annexes.

Plusieurs cas étaient simples; d'autres fois il existait de nombreuses adhérences et des poches tubaires purulentes atteignant chez une malade le volume du poing ou des tumeurs volumineuses. Une seule de ces opérations a duré quarante minutes. Il s'agissait d'un utérus de 19 centimètres de hauteur sur 13 de largeur. La cavité utérine était petite; tous les fibrômes étaient interstitiels et saillants sous le péritoine. Plusieurs de ces derniers surmontaient la masse totale sous forme de cornes latérales et n'ont franchi qu'avec peine la limite supérieure du petit bassin. Grâce à une série de sections en V, faites non pas au centre de la tumeur, mais sur sa face antérieure, puis sur un volumineux fibrôme postérieur, nous avons enlevé toute la masse, de telle sorte que le dernier fragment, composé du fond de l'utérus et de ses parties latérales, y compris le col, pesait à lui seul 670 grammes. Deux autres opérations, très compliquées et qui exigèrent des manœuvres prudentes, ont duré vingt minutes, deux autres de quinze, et les sept dernières huit, sept, six et même cinq minutes. Nous citerons notamment parmi les opérations de huit

minutes une ablation totale de l'utérus et des annexes, dans un cas de fibrômes multiples interstitiels, ne faisant aucune saillie dans la cavité utérine, normale et déjetée latéralement.

Le col mesurait 5 centimètres de longueur; la tumeur, 10 centimètres dans tous les sens, avec quelques bosselures : grâce à l'abaissement du V médian, et à la prolongation de ses deux branches vers le fond de la tumeur, l'utérus fut extrait d'une seule pièce, simplement entr'ouvert et comme en inversion. Huit minutes après le premier coup de ciseaux sur la muqueuse vaginale, l'opération était terminée et la malade aussitôt après, posée sur le lit roulant et reconduite dans sa chambre. Nous avons opéré tellement de fois dans ces conditions, devant nombre de confrères, et tout particulièrement devant notre cher maître, M. L. Labbé, que nous croyons devoir signaler ces détails en faveur de notre procédé.

Et, quand nous voyons des opérations de Péan lui-même durer, pour des cas simples, quinze minutes au minimum, et le plus souvent vingt et vingt-cinq minutes, pour atteindre dans les cas compliqués une heure, deux heures et même quatre heures, tout en nécessitant l'emploi de dix, de vingt-cinq, de trente-cinq (28 octobre 1886) et jusqu'à cinquante pinces à demeure (6 mars 1888), nous croyons qu'il n'est plus permis d'hésiter.

RÉPONSE A M. DOYEN (DE REIMS) ET PRÉSENTATION D'UN NOUVEL INSTRUMENT

par M. **Paul Segond** (Paris).

Je suis heureux d'entendre M. Doyen affirmer ses préférences pour l'hystérectomie vaginale dans le traitement des lésions bilatérales des annexes, et son adhésion formelle à nos idées nous est d'autant plus précieuse que son expérience porte déjà sur des faits nombreux et anciens. Je tiens cependant à relever, dans la communication de M. Doyen, quelques affirmations dont il importe de bien préciser la portée : sa priorité opératoire d'abord. En fait, elle ne paraît pas discutable, puisque sa première hystérectomie vaginale, exécutée de propos délibéré dans un cas de suppuration pelvienne, remonte au 3 décembre 1887, alors que la première hystérectomie pratiquée par Péan, dans les mêmes conditions, date du 12 décembre 1887. On

doit par conséquent féliciter notre confrère de Reims de son heureuse et très précoce initiative, mais je ne crois pas que l'extrait de baptême de l'opération de Péan puisse réclamer, de ce chef, la moindre modification. Que M. Doyen ait pratiqué la première hystérectomie vaginale pour guérir une suppuration pelvienne, ce n'est que justice de le retenir. Par contre, il me semble que ses revendications sont trop tardives pour lui valoir un droit de paternité quelconque sur la méthode elle-même. Celle-ci est bien l'œuvre exclusive de Péan, et j'estime qu'il n'y a plus à revenir sur ce point.

Dans le même ordre d'idées, M. Doyen fait observer qu'il a pratiqué la section médiane dite de Quénu-Müller, bien avant ces deux chirurgiens. Cette priorité lui revient en effet, mais vis-à-vis de Quénu seulement, attendu que Müller a préconisé la section médiane pour l'ablation des utérus cancéreux dès 1880 (1). Le fait a d'ailleurs peu d'importance. Mais voici qui mérite plus sérieuse rectification : M. Doyen nous a mis sous les yeux des planches qui représentent, dit-il, *son* procédé opératoire pour le morcellement des fibrômes avec hystérectomie. Or, sauf la régularité géométrique des fragments réséqués, c'est exactement le morcellement tel que Péan l'a préconisé depuis plusieurs années et tel que je le pratique moi-même. M. Doyen reconnaîtra donc que son nom ne peut servir à désigner le procédé en question.

Ce procédé, ou mieux, cette manœuvre opératoire imaginée par Péan, est celle que je désigne sous le nom d'*évidement central conoïde sans hémostase latérale préalable*, et je vous demande la permission de vous la décrire en peu de mots. Vous reconnaîtrez ainsi le bien-fondé de mes objections, et, de mon côté, je trouverai l'occasion de vous soumettre *deux instruments* que je crois très utiles pour mener à bien le morcellement par évidement conoïde en cas de fibrômes pelviens.

Ainsi que je l'ai dit hier, dans mon rapport sur les suppurations pelviennes, l'ablation des gros fibrômes par voie vaginale avec hystérectomie est, à mes yeux, comme à ceux de M. Doyen, une opération merveilleuse qui permet de s'attaquer avec succès à toute masse fibreuse intra ou extra-utérine dont les limites supérieures ne dépassent pas le niveau de l'ombilic. Les conditions locales de l'intervention sont donc très variables, suivant les cas particuliers, et, pour schématiser la description des manœuvres qui doivent répondre à toutes les éventualités, j'ai coutume d'admettre ici trois variétés de cas.

---

(1) MULLER, *Ueber Extirpatio Uteri vaginalis* (*Deutsch. Med. Woch.*, 1881, nos 10 et 11).

Dans un premier groupe de faits, il s'agit de fibrômes pelviens et notamment de fibrômes du ligament large qui refoule l'utérus vers l'un des points de l'enceinte pelvienne et bombent fortement dans le fond du vagin. C'est donc au fibrôme qu'on doit s'attaquer tout d'abord; l'hystérectomie vient ensuite et n'est alors qu'un temps *complémentaire* fort simple. Dans un deuxième groupe, la masse néoplasique siège au-dessus de l'utérus qu'elle refoule vers le bas, et les rôles sont en quelque sorte renversés : l'hystérectomie est *préliminaire,* c'est par elle qu'il faut commencer pour atteindre les fibrômes. Dans un troisième groupe enfin, et celui-ci répond à la majorité des cas, le ou les fibrômes sont intra-utérins, et, par conséquent, le morcellement de l'utérus doit marcher de pair avec l'hystérectomie; l'hystérectomie est en un mot *simultanée.*

Ces trois types d'opération sont, vous le voyez, assez différents. Dans les deux premiers, l'hystérectomie est, en effet, un temps accessoire *préliminaire* ou *complémentaire,* et le gros de l'opération, si je puis ainsi dire, est représenté par l'énucléation des fibrômes eux-mêmes. Dans le troisième type, au contraire, la situation est tout autre. C'est l'utérus lui-même qu'il faut enlever par morcellement progressif *en même temps* que les fibrômes. Sans doute, le problème chirurgical est toujours le même; il faut amoindrir tout ce qui est trop volumineux pour que la traversée vaginale devienne possible, et c'est *l'évidement conoïde* qui en donne toujours les moyens. Mais il est clair que cet évidement conoïde n'est pas constamment semblable à lui-même.

Lorsque l'évidement porte sur les fibrômes eux-mêmes, rien de plus simple à faire. Qu'il s'agisse d'un gros fibrôme interstitiel à enlever *avant, pendant* ou *après* l'hystérectomie elle-même, peu importe, c'est toujours la même manœuvre : le bistouri ou les ciseaux taillent et résèquent en plein tissu fibreux sans qu'il s'écoule une goutte de sang; on fait en somme une simple énucléation. Il n'en est plus de même lorsque l'évidement porte sur le tissu utérin. Ici, la manœuvre conduit non plus à l'énucléation de masses fibreuses plus ou moins volumineuses, mais bien à l'hystérectomie proprement dite, et c'est précisément dans ce cas que toutes les conditions se trouvent réunies pour mettre en évidence les ressources de l'évidement conoïde.

L'évidement porte le plus souvent sur la paroi utérine antérieure et lorsque la réalisation des premiers temps de l'hystérectomie, l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux et le placement des écarteurs permettent l'attaque du corps utérin, voici d'habitude comment les choses se passent : saisissant avec une pince à abaissement le bord

de la coque utérine, on l'attire à soi pour l'attaquer par sa face péritonéale avec un bistouri courbe à long manche, qui creuse en pleine matrice un premier cône de tissu utérin. Avant de sectionner le sommet de ce cône, on place sur le bord péritonéal de la cavité conique résultant de l'évidement une pince à abaissement, sorte d'amarre provisoire qui permet d'éviter la fuite de l'utérus au moment où la résection du premier cône d'évidement est achevée. Cette même pince devient ensuite un agent de traction pour abaisser une nouvelle zone de tissu utérin que l'on traite suivant les mêmes principes et l'évidement se continue de la sorte, par résections successives d'une série de cônes taillés à l'aide du bistouri courbe, sans qu'il soit jamais nécessaire d'assurer l'hémostase de la zone utérine que l'on sculpte par une forcipressure latérale qui d'ailleurs serait impraticable dans le cas particulier. Si l'opérateur a le soin de rester à peu près sur la ligne médiane et de ne pas interrompre la continuité de ses tractions sur l'utérus, celui-ci s'enfonçant comme un coin vers la vulve, fait lui-même son hémostase par compression, et la fait si bien, qu'il ne s'écoule pas une goutte de sang.

Au cours de cet évidement conoïde du tissu utérin, il va de soi que le chirurgien morcelle à part ou cueille par traction simple les fibrômes qu'il rencontre sur sa route, et peu à peu l'utérus évidé descend sous la traction des pinces, pour se laisser finalement extraire en totalité. Ici pas de règles absolue ; le seul point important c'est de terminer vite en assurant solidement l'hémostase par la forcipressure des ligaments larges. Celle-ci peut être faite de bas en haut, mais il est préférable de la faire *de haut en bas*, et rien n'est plus simple, car d'habitude, l'utérus bascule en avant de telle façon que le fond de l'organe vient apparaître à la vulve avec le bord supérieur des ligaments larges. Le placement des pinces longuettes se fait donc sous les yeux et sous les doigts de l'opérateur. Tel est le manuel de l'hystérectomie par évidement conoïde en cas de fibrômes utérins et, sauf quelques variantes sans grande importance, vous voyez que M. Doyen procède absolument de la même manière.

Il est cependant un point sur lequel nous sommes en complet désaccord, je veux parler de *la durée* de l'opération. Je crois, en effet, que, sous peine de déceptions grandes, il ne faudrait pas, même dans les cas les plus simples, évaluer à vingt minutes la durée moyenne d'une intervention de cette nature. Pour mon compte, j'ai mis souvent plus d'une heure pour terminer, et si l'opération peut, à la vérité, se faire assez vite en cas de fibrôme volumineux mais unique, il faut bien savoir que l'ablation d'un utérus bourré de petits fibrômes peut exiger

beaucoup de temps. Mais ce n'est point ici le lieu d'insister davantage et je termine en appelant votre attention sur un détail opératoire que je crois important.

Pour pratiquer l'évidement conoïde de la face antérieure d'un utérus fibreux en toute sécurité, il faut, d'une part, que la vessie soit protégée par la valve d'un écarteur, et, d'autre part, que la fuite de l'utérus ne vienne jamais interrompre le rôle hémostatique des tractions exercées sur l'organe. Or, quand la tumeur est volumineuse, il est clair que la valve d'un écarteur à angle droit ne peut être insinuée entre l'utérus et la vessie sans se dévier en avant et dès lors le manche de l'écarteur, qui devrait être tenu verticalement, devient d'autant plus horizontal que la valve intra-péritonéale est plus fortement refoulée. Il en résulte pour l'opérateur une gêne facile à comprendre : le champ opératoire est obstrué par le manche de l'écarteur, et, dans nombre de cas, on doit se résigner à morceller sans protéger la vessie. C'est dans le but de remédier à ce double inconvénient que j'ai fait construire par mon ami M. Collin, *l'écarteur à manche mobile* que j'ai l'honneur de vous présenter. Une fois la valve protectrice placée entre la tumeur et la vessie, vous ramenez le manche à la verticale au moyen d'une vis de rappel, et le champ opératoire devient aussitôt accessible.

Quant à la deuxième indication opératoire dont je vous ai parlé, elle est remplie, vous le savez, par les pinces à abaissement, et l'artifice qui permet d'assurer la continuité des tractions, consiste à placer toujours une pince d'attente en arrière du point que l'on évide. Or, dans certains cas, le globe utérin est tellement accolé contre l'écarteur qu'il peut être difficile d'insinuer le mors denté d'une pince à abaissement ordinaire entre cet écarteur et la face péritonéale de la coque utérine. Rien n'est plus simple, au contraire, avec la pince que voici. Très fine, elle n'est dentée que sur l'un de ses mors. L'autre est plat comme une spatule et, par conséquent, on réussit toujours à l'insinuer très vite le long de la face péritonéale de l'utérus. Une fois mise en place, elle est trop faible pour servir d'instrument de traction, mais elle permet d'abaisser le bord de la coque utérine accolée contre l'écarteur, et donne ainsi le jour nécessaire pour la saisir solidement avec une pince ordinaire.

VARICOCÈLE DE L'OVAIRE

par M. **Petit** (Paris).

A côté de l'inflammation proprement dite il faut, aujourd'hui, comme par le passé, tenir grand compte, en gynécologie, de certains états morbides dénommés, par le bon sens clinique, congestions, engorgements, pseudo-inflammations, et qui ont leurs causes dans des modifications d'ordre purement nutritif.

La congestion pelvienne, en particulier, ne fait pas que préparer, raviver ou entretenir l'inflammation. Elle a aussi son existence propre : passagère, elle se traduit à l'occasion de fatigues, d'abus de coït et particulièrement au moment de la menstruation, par une sensation de pesanteur dans le petit bassin, de la sensibilité de la région ovarienne; permanente, elle devient analogue au varicocèle chez l'homme et prend une importance que je crois à peine soupçonnée.

Signalé par Richet, étudié par son élève Devalz, en dehors de la gravidité et surtout au point de vue de l'hématocèle, par Budin dans sa thèse sur les varices de la grossesse, le varicocèle féminin a été l'objet, en 1888, de deux mémoires importants et en partie contradictoires de Coe et de Dudley. L'état microscopique des plexus veineux a été bien présenté par Devalz dès 1858, mais je crois avoir été le premier à donner, l'année dernière, devant la Société obstétricale et gynécologique de Paris, la description nette et précise des modifications produites dans les ovaires. Cette description a été reproduite avec des considérations nouvelles, au point de vue clinique, dans la thèse de Roussan (1892).

Permettez-moi de choisir, entre mes observations, le cas suivant, assurément assez rare, mais très démonstratif, attendu qu'il s'agit de lésions initiales dans lesquelles il est impossible de faire intervenir l'inflammation.

Il s'agit d'une dame âgée de 32 ans, et chez laquelle cinq grossesses à terme, assez rapprochées, pouvaient seules donner la raison de l'affection en cause, caractérisée surtout au point de vue symptomatique par des métrorrhagies graves et rebelles aux traitements utérins. M. Pozzi ayant laparotomisé cette femme devant moi, voulut bien me confier l'examen de ses annexes.

Les deux ovaires, d'aspect blanchâtre et comme lavé, rénitents sous le doigt, un peu plus gros que des œufs de poule dont ils affectaient

à peu près la forme, laissèrent écouler sous le bistouri, aussitôt après leur extraction, une grande quantité de sérosité. Ils étaient criblés sur toute la surface de section du hile vers la couche corticale, d'une foule de petites élevures sphériques, opalines, qui avaient à peu près l'apparence de kystes folliculaires. Mais, une fois ouvertes, ces élevures s'affaissaient sans laisser de cavité distincte : il ne s'agissait, en réalité que de boules d'œdème, ainsi que nous pûmes nous en convaincre à l'aide du microscope.

Sans trop insister sur les détails histologiques, je ferai remarquer que l'œdème, toujours plus accentuée autour des vaisseaux, considérablement dilatés d'ailleurs dans leur ensemble, présentait tous les degrés, depuis une légère dissociation de tissus jusqu'à la formation de zones aréolaires à larges mailles et de cavités pseudo-kystiques. Dans le stroma, pas d'épaississement de la substance fondamentale. Enfin, un bon nombre d'ovisacs avaient disparu, quelques-uns étaient augmentés de volume, mais il n'y avait pas, à proprement parler, de kystes folliculaires.

Il s'agissait bien là d'un fait type de varicocèle ovarien à ses débuts.

Dans un bon nombre d'autres cas, se rattachant de plus ou moins à celui-ci, j'ai observé, avec ou sans varices pelviennes, la concomitance dans l'ovaire, d'œdèmes partiels et de la dégénérescence scléro-kystique à différents degrés de développement. De cet ensemble de faits je concluerai :

1° La congestion passive du petit bassin, lorsqu'elle est durable, engendre, du côté de l'ovaire, d'importantes lésions ; tout d'abord, il ne s'agit que d'œdème et de formations pseudo-kystiques, lésions sans doute remédiables sous l'influence de moyens appropriés : injections chaudes et faradisation, traitement thermal, traitement anaplastique du prolapsus, extirpation de tumeur, etc. Mais bientôt survient la sclérose et, par suite, l'enkystement des follicules ;

2° Cette dégénérescence scléro-kystique, lésion si importante et si fréquente en gynécologie, n'a donc point comme facteur indispensable la périoophorite, sans compter les congestions actives, hétérochrones et répétées (perversion des rapports conjugaux, onanisme, refroidissement au moment des règles, etc.), il faut tenir grand compte dans sa genèse, de la stase veineuse prolongée. Cette opinion est celle d'un bon nombre de gynécologues, mais elle manquait de preuves anatomiques.

HÉMORRAGIES DE LA VESSIE, CONSÉCUTIVES A L'OPÉRATION DE LA FISTULE VÉSICO-VAGINALE

par M. **Ziembicki** (Autriche-Lemberg).

Conclusions. — 1° Les hémorragies de la vessie, consécutives à l'opération de la fistule vésico-vaginale, arrivent de la fin du deuxième au cinquième jour. Elles peuvent déterminer la mort des malades par suite de l'anémie suraiguë;

2° Les moyens palliatifs et médicaux sont insuffisants pour les maîtriser. Le broiement et l'aspiration constituent une méthode illusoire;

3° Contrairement à l'avis de Hégar et de Kaltenbach et de Pozzi, elles ne sont pas généralement d'origine artérielle, mais proviennent des plexus veineux;

4° La cause prédisposante réside dans les phlebectasies consécutives à la grossesse;

5° La cause directement efficiante paraît due à la section des veines par l'anse du fil de suture métallique;

6° On ne peut pas admettre, comme le veulent Hégar et Pozzi, que ces hémorragies soient toujours imputables aux chirurgiens et à une faute de technique opératoire;

7° La taille hypogastrique faite à temps arrête l'hémorragie en faisant passer la vessie de l'état de contraction continuelle à l'état de rétraction et de repos. Elle est donc au premier chef hémostatique.

En deuxième lieu, elle peut assurer la première intention de l'opération plastique faite par le vagin et éviter un échec imminent.

HYPERTROPHIE DE L'UTÉRUS

PROVOQUÉE PAR LE TRAITEMENT DE DUMONTPALLIER. — HYSTÉRECTOMIE

par M. **Vuillet** (Genève).

La pièce que je vous présente provient d'une malade qui s'est adressée à moi au printemps de 1891. Elle souffrait d'hémorragies utérines qui duraient depuis de longues années. Je lui fis, le 30 juin 1891, un curettage utérin. Les débris furent envoyés au

laboratoire d'anatomie pathologique de l'Université. Le résultat de l'examen fut que cette dame était atteinte d'une endométrite adénomateuse bénigne. Quatre mois plus tard, le 29 octobre, les hémorragies se reproduisant et moi-même ayant des doutes sur l'exactitude du diagnostic, je traitai la malade par la méthode de Dumontpallier, dans le double but de détruire le plus généralement et le plus profondément possible la muqueuse utérine et d'obtenir une escharre qui se prêterait à un nouvel examen. Je n'obtins de réponse qu'au mois de décembre. A ce moment la malade était au Caire pour y passer l'hiver comme d'habitude. La réponse concluait cette fois à la malignité de l'affection.

La malade revint au printemps 1892. L'orifice cervical était soudé, imperméable au cathétérisme et la matrice avait le volume d'un utérus gravide de quatre mois. Vis-à-vis d'un état de souffrance intolérable, et après avoir appelé le professeur Sänger en consultation, l'ablation totale de l'utérus fut faite le 10 juin 1892. Mais, tandis que l'opération eût été facile sept mois auparavant par la voie vaginale, nous dûmes, après l'avoir commencée par cette voie, la terminer par la laparotomie, exposant ainsi notre malade à un maximum de dangers qu'elle a, du reste, heureusement surmontés.

L'opération extrêmement laborieuse dura trois heures et demie.

Etant donné le rapide développement de la tumeur, les douleurs intolérables de la malade et surtout le deuxième verdict de l'anatomie pathologique, nous nous attendions à trouver un carcinôme du corps de l'utérus. Or, voici la pièce, réduite par le séjour dans l'alcool, à environ la moitié de son volume primitif.

Le canal cervical est soudé sur une longueur d'environ 2 centimètres. Au-dessus existe une petite cavité, qui pouvait contenir une cuillerée à soupe d'un sang noir et visqueux. Les trompes n'étaient pas dilatées et ne contenaient pas de sang. La tumeur est constituée par les parois utérines hypertrophiées et présentant l'aspect fibreux que vous voyez. Il n'y a pas trace de carcinôme. Quant aux enseignements que nous pouvons tirer de ce cas, je dirai d'abord pour ce qui concerne l'opération de Dumontpallier que cette opération déjà condamnée pour les femmes qui n'ont pas atteint la ménopause ne me paraît devoir être employée qu'avec une grande réserve chez celles qui l'ont dépassée. Car nous la voyons dans notre cas, provoquer une réaction telle, qu'elle a pu, en sept mois, amener une hypertrophie énorme de l'organe et tout un ensemble de symptômes qui ont nécessité enfin l'ablation de l'utérus.

Nous accordons pourtant à ce procédé l'avantage de fournir un

moulage qui se prête très bien à l'étude histologique du néoplasme et de déterminer l'occlusion du col qui rend plus facile l'asepsie du champ opératoire On pourra donc y avoir recours, tout en se tenant prêt si l'organe augmente de volume, à pratiquer l'hystérectomie avant que ses dimensions ne permettent plus l'extirpation par les voies naturelles.

D'autre part il est permis de se demander quel cas nous devons faire de l'examen microscopique. Il n'est pas probable que l'affection fut bénigne en juin et maligne en octobre.

Aussi de notre cas, comme de beaucoup d'autres, et en particulier de deux cas de Wieder — le premier où l'examen microscopique concluait au carcinôme et où l'utérus extirpé ne présentait aucune trace de tumeur maligne; le deuxième où l'histologiste avait diagnostiqué un adénome bénin, tandis qu'après l'ablation on reconnaissait un carcinôme du corps de l'utérus — de ces cas, dis-je, nous sommes autorisé à conclure, que l'examen microscopique n'offre pas un degré de certitude, tel qu'il puisse entraîner notre décision.

MYÔME POLYPOÏDE DU COL. — ACCOUCHEMENT NORMAL PAR ISSUE PRÉALABLE DU MYÔME HORS DU VAGIN PROLAPSUS CONSÉCUTIF DE LA TUMEUR. — OPÉRATION. — GUÉRISON

par M. le Dr **J. Toison** (Douai)

Les myômes primitifs ou consécutifs du col utérin dans leurs rapports avec l'accouchement ont fourni déjà le sujet de plusieurs travaux importants parmi lesquels je ne citerai que le mémoire de M. Chalazian et la thèse récente de V. Sieberg (1) faite sous l'inspiration du professeur Ahlfeld.

Sans vouloir ici prendre prétexte d'une observation pour donner sur le même sujet un mémoire détaillé, il ne me semble pas sans intérêt de soumettre au Congrès de Gynécologie le fait suivant qui a présenté différentes particularités. Je me bornerai à les mettre en évidence, sous forme de conclusion, après avoir résumé l'observation elle-même.

---

(1) V. Sieberg, *Beiträge zur Statistik der Cervixmyome* Inaug. Dissert. Marburg 1891.

Observation. — Mme X..., 35 ans, bonne santé antérieure; a perdu sa mère âgée de 58 ans et son père âgé de 71 ans (tous deux morts de pneumonie), a encore actuellement deux sœurs et un frère bien portants.

Réglée à 14 ans et depuis très-régulièrement menstruée : mariée à 24 ans, elle a, neuf mois après, un enfant qui est nourri au biberon. Accouchement naturel, suites de couches normales, réapparition des règles six semaines après.

En 1885 se manifestent des douleurs de reins et quelques pertes rouges peu abondantes dans l'intervalle des règles qui sont très douloureuses. Persistance de cet état jusqu'en septembre 1886.

A cette époque les pertes deviennent très abondantes et la malade se décide à faire appeler un médecin.

A l'examen local, le toucher permet de constater dans le vagin la présence d'une tumeur dure, de la grosseur du poing, paraissant implantée sur la lèvre antérieure du col, car l'orifice utérin est situé au-dessous. Il est impossible de contourner la tumeur au niveau de l'implantation et de constater l'épaisseur du pédicule; au 11 septembre 1886, cessation des pertes : la malade très anémiée jusqu'alors recouvre l'appétit et l'état général s'améliore très rapidement.

Deux mois après, la malade s'aperçoit qu'elle grossit et demande à être de nouveau examinée. L'aspect et le volume de la tumeur sont les mêmes; de plus, signes peu équivoques de grossesse.

Celle-ci se développe sans accident.

L'état général continue à être très bon, le volume de la tumeur n'augmente pas sensiblement.

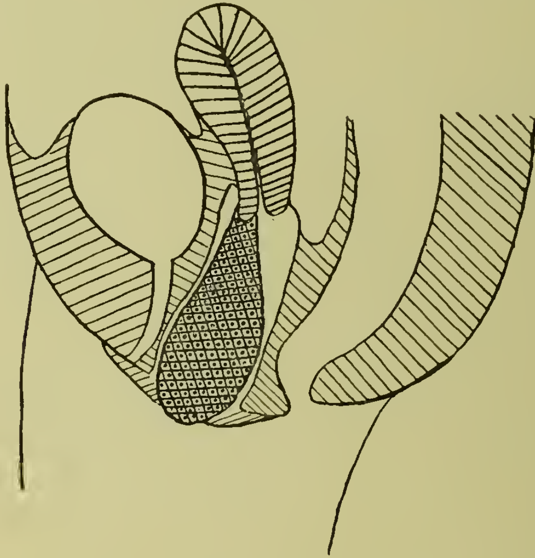
Dans la journée du 9 mai 1887, Mme X... ressent quelques douleurs qui augmentent d'intensité dans l'après-midi et deviennent très vives le soir. A minuit, *après issue préalable de la tumeur qui vient se loger sous le pubis*; la tête apparaît l'occiput en avant et l'accouchement se termine naturellement sans nulle intervention. Suites de couches normales; prompt rétablissement de l'accouchée.

La tumeur qui jusqu'alors était restée intra-vaginale sort sous l'influence du moindre effort. Il en résulte de légères *hémorragies qui cessent par réduction de la tumeur*. Douleurs de reins très vives; marche extrêmement pénible. Les règles ont reparu six semaines après l'accouchement et sont forts douloureuses. La malade demande elle-même à être débarrassée de sa tumeur. Le diagnostic porté est : myôme du col. (Voir fig.)

Opération 23 septembre. La malade m'est présentée avec les renseignements qui précèdent; puis, après nouvel examen, l'opération est décidée pour le 23 septembre 1887.

Après avoir disposé convenablement la malade et pratiqué une toilette antiseptique locale avec une solution phéniquée chaude, la tumeur est attirée au dehors complètement, afin de pouvoir atteindre le pédicule.

La traction n'est que modérément douloureuse pour la femme qui n'est pas chloroformée d'ailleurs. La tumeur apparaît dans son ensemble du volume du poing, assez franchement piriforme.



Myôme polypoïde du col.

Aussitôt sortie la tumeur se colore en rouge intense, se congestionne visiblement, devient turgescente et présente à sa surface une hémorragie assez abondante. On peut expliquer facilement cette hémorragie par la congestion violente et constatée d'ailleurs *de visu* du néoplasme.

Cette congestion elle-même doit être attribuée au fait de la traction de la tumeur, laquelle traction étire, diminue le calibre des veines et réduit ainsi la quantité du sang sortant de la tumeur, tandis que les artères plus résistantes, avec leur tension sanguine plus élevée, apportent toujours la même quantité normale de sang dans la tumeur. En somme le mécanisme hémorragique est ici le même que celui qui détermine l'hémorragie dans le cas de torsion du pédicule des kystes et des tumeurs. D'ailleurs l'opération met rapidement fin à l'hémorragie.

Pour enlever la tumeur, je me borne, au niveau de la lèvre antérieure et suivant deux directions réciproquement perpendiculaires, à la traverser par deux fils doubles, à couper les extrémités des anses et à lier vigoureusement les extrémités des quatre anses formées par les sections des deux doubles fils. La partie excédente de la tumeur est excisée au thermo-cautère.

A l'examen anatomique, la tumeur présente la consistance et l'aspect du myôme. On découvre même à la coupe de petites cavités (géodes).

L'examen histologique pratiqué après durcissement à l'alcool, coloration au picro-carminate ou à la safranine, etc., confirme le diagnostic. Actuellement après séjour prolongé dans l'alcool la tumeur mesure environ 7 1/2 centimètres de long sur 5 1/2 centimètres de large au niveau de la plus grande largeur.

Le traitement consécutif consiste en repos au lit et injections phéniquées chaudes.

Guérison rapide, ni fièvre ni douleurs : chute des ligatures au quatrième jour. Huit jours après la malade se lève. Au quinzième jour il y a cependant des douleurs lombaires et de la dysménorrhée.

Ultérieurement on constate que le col n'est pas déformé et ne présente qu'une légère induration. Au spéculum on n'aperçoit qu'une cicatrice linéaire mesurant environ 1 centimètre.

La malade n'éprouve plus que quelques douleurs, comme il arrive au moment des époques.

Telle est l'observation. Je me bornerai à relever les points suivants ; d'abord le fait de la fécondation malgré la présence intra-vaginale du myôme. Ensuite la facilité de l'accouchement, grâce à l'issue préalable du myôme hors du vagin et le prolapsus de la tumeur après l'accouchement par suite de l'abaissement de l'utérus lui-même.

Il faut signaler encore ici le mécanisme si net des dernières hémorragies, dues certainement au myôme lui-même et causées par la traction du pédicule modifiant le calibre de vaisseaux veineux. C'est en somme, un cas simple de myôme du col avec un mécanisme un peu spécial permettant l'accouchement naturel et facile.

Mais tous les cas de myômes cervico-utérins sont loin d'être superposables à cette forme ; ils peuvent présenter une série de complications et de difficultés considérables et au point de vue du diagnostic exact et au point de vue de l'intervention obstétricale et chirurgicale, ainsi qu'il ressort d'autres faits connus.

CÆSAREAN SECTION

By **Murdoch Cameron** (Glasgow).

The process of labour in the vast majority of cases in all countries is natural and free from danger, but still there exists a very large number of women to whom labour at full term would mean certain death, were it not that it is a recognised rule in miwifery that no woman should be allowed to die undelivered, without some attempt being made to save her even at the expense of her child.

In such circumstances the removal of the child by section is of great antiquity, and there can be no doubt but that it was undertaken long before the time stated by writers on this subject.

The Thalmud contains minuten accounts of this operation and in the Mischnajoth composed about the year 140 mention is made of it. In fact it is precisely stated therein that « in a case of twins, neither the first child which shall be brought into the world bij cutting the abdomen nor the second can receive the rights of primogeniture either in regard to the office of priest or the succession of property ».

It is quite probable that Cæsarean Section had been discontinued on account of the unfortunate results following its performance, yet it was still made compulsory in deceased pregnant women. Numa Pompilius had enacted a law which compelled medical men to open pregnant women after death. A similar law existed in Venice where medical men were even punished unless they used the same precautions in operating on the dead as on the living, whilst in 1749 the king of Sicily punished those with death who omitted the operation in like circumstances.

In fact few subjects in midwfery have given rise to so much discussion and even bitter feeling as this operation which I now aek you to consider.

In Great Britain the profession till recently was in favour of Craniotomy but within recent years the voice of the leading obstetricians is almost entirely for Cæsarean section, and this opinion has in a further degree stimulated general practitioners to a closer and more careful examination of patients in whom pelvic deformity is suspected.

On the continent however Cæsarean section has from time to time found warm advocates, and Rousset did much to revive the operation

by the publication of his work entitled « Traité de l'hystérectomie » Paris 1581, although saccombe vicely imputed unworthy motives to him.

Mauriceau (1) condemned Cæsarean section on the living woman as being inhuman, cruel, and barbarous, but in opposition to this, we have the freely expressed opinion of Baudelocque (2) « To mutilate a living child in order to avoid the Cæsarean Section, is the offspring of ignorance and inhumanity.

The good results now following Cæsarean Section have done much to efface the dreadful feeling that we have to decide whether the life of the mother or that of the child is to have our preference, seeing it is now quite possible to save both.

I hold that we have no right to sacrifice a child, however unequal its life may be in some cases to that of the mother, and would even say that looking at the results got from Cæsarean Section when done early, an accoucheur who performs Craniotoury on the living child sacrifices a life which be is in duty bound to preserve. Surely an infant come to maturity is destined for something better than to have its glimmering life extinguished by an accoucheur skilled in the use of a dreadful perforator.

Dr Robert Barnes has truly said « the cases in which the lives of of the mother and child are supposed to stand in antagonism are vanishing before the light of modern science and skill.

In my own personal experience with twenty three cases 92 % have recovered whilst the lives of the children have been saved and they form an important item that has no place in the statistics of craniotomy.

Others of I may mention Leopold, Zweifel, Sänger, Schauta, and van der Mey with an aggregate of nearly one hundred cases have had also good results, and therefore I would urge that where the diameter is much under three inches, Cæsarean Section ought to be the operation alike of choice and necessity.

Experience will guide one to avoid extreme measures in cases with a conjugate diameter measuring three inches or more and in which by inducing labour near the eighth month it may be possible to extract a living child through the natural passage.

As regards the time for operation I think it is better to await the

---

(1) Traité des maladies des femmes grosses. Vol. I, p. 352.

(2) L'art d'accouchement. Vol. II, p. 220

ōnset of labour and have the os uteri slightly dilated as you then are more likely to have energetic contraction of the uterus and free drainage for the lochia. When the patient is seen early enough, she should be prepared by attention to diet and bowels.

In any case an enema should be given, the bladder emptied and the vagina douched immediately before operation.

In earlier times the abdominal incision was made in four deffirent ways, viz lateral, transverse, diagonal, and in the linea alba. The last method is that now adopted and is done as in ovariotomy.

It may extend about five or six inches and will vary in position according to the distension of the abdomen, thus, if the abdomen takes the form as seen in fig. I. Being either pendulous or not sufficiently



Fig. I.



Fig. II.

distended, the incision must of necessity extend more or less above the umbilicus, as from x to x in figure, whereas if it be as in fig. II sufficient space may be got without extending the incision beyond the umbilicus, as from x to x. Opening the uterus. Various methods of opening the uterus are recommended in order to free Cæsarean Section from the danger of hæmorrhage which may have its origin in the uterine incision, the presence of the placenta in the line of the incision or from uterine inertia.

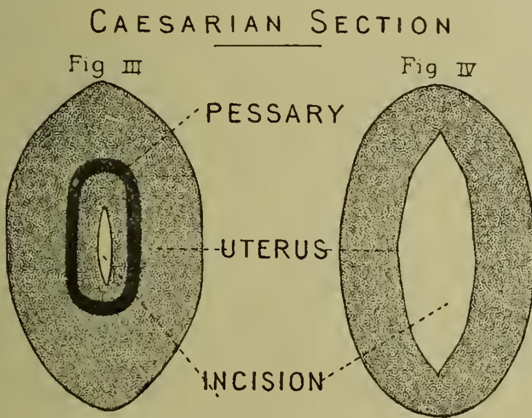
Several of these methods are either injurious or attended with danger, as for instance the application of an elastic band around the

cervix as recommended by Litzmann, the removal of the placenta before extracting the child, and lastly Porro's opération for Inertia.

Such treatment can only endanger the life of the patient and so far as I have been able to observe are quite unnecessary and unjustifiable. The elastic band induces inertia and has even been blamed for causing death from hæmorrhage by Veit, Doleris and Pajot. Zweifel, Sänger and Lusk have also noticed this complication whilst Caruso advised its early removal.

So we see that whilst its use may prevent bleeding during the early stage of the operation, it is apt to excite later what might be termed severe post-partum hæmorrhage.

In my earlier cases I found that pressure with the fingers and a small incision to begin with did much to prevent bleeding. Desiring however to prevent even oozing during the primary incision I have introduced the use of a pessary for compressing the uterus at this stage and this enables the operator to cut down on the membranes without inpuring them. Its application is best seen on reference to fig. III. which shews the small incision with the pessary in position and fig. IV. the extended incision.



The pessary is laid upon the uterus, and when compressed by the fingers of the operator and assistant, completely prevents bleeding whilst the small primary incision is being made (fig. III.)

When the opening is large enough to admit the finger, the pessary is removed, and the incision extended upwards and downwards with

a blunt pointed bistoury sufficiently to permit extraction of the fœtus (fig. IV.)

Previously I have urged the great necessity of seeing that the uterus is in the middle line and not twisted on its axis. This is important and can easily be ascertained by observing the position of the Fallopian tubes, one of which will be found more or less in front if this twisting exists. Even when the placenta intervenes, this method of pressure is beneficial, not only in preventing bleeding, but also in permitting us to observe the placental tissue which is recognised from its darker colour.

Should the placenta intervene you may either cut right through it, or as I have also done, separate it with the finger in the median line whilst extending the incision, and then pass the hand towards the margin of the placenta till the membranes are reached.

These are then perforated and the childs head turned out with the fingers. Should the feet present at the incision they may be seized and the child extracted without delay. If the shoulder presents a hand should be firmly pressed upon it to prevent its expulsion.

The placenta should never be separated and extracted before the child as recommended by some writers, as any diminution in the contents of the uterus permits contraction and so complicates the extraction of the child and necessitates an enlargement of the incision to prevent laceration usually of the lower angle of the wound. Besides, in the after removal of the placenta, the membranes are more effectually removed, a point never to be overlooked.

Likewise the uterus is only to be everted after the birth of the



Fig. V. — Grasping the Uterine Wound.

child, the abdominal cavity being protected by large warm flat sponges placed behind and around the organ.

It is quite unnecessary to avoid the middle line as recommended by some authors in cases where the position of the placenta is supposed to be in front, as by the above method little bleeding should occur.

At no point in the operation can the assistant be more serviceable than after the removal of the placenta, as it is when the uterus is entirely empty that you are most likely to have serious bleeding. Very little bleeding will take place from the wound if the uterus is immediately seized by the operator and held until the assistant has securely grasped it with the lips of the wound everted as in fig. V.

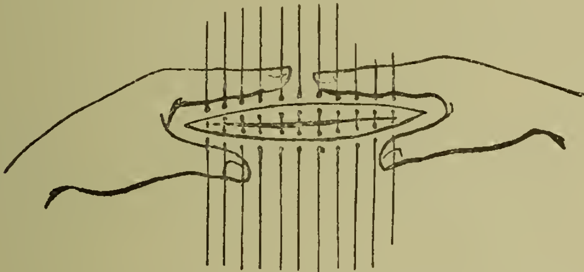


Fig. VI. — Uterine Sutures.

With a firm grasp the assistant almost entirely prevents bleeding from the wound, whilst the antiseptic n° 4 silk sutures are being introduced. (fig. VI.)

These vary from seven to ten in number and should embrace nearly the whole thickness of the uterine wall. Before tying them the cut edges should be brought together, and the entire uterus rolled in a large warm flat sponge should be steadily and firmly compressed with both hands, as this ensures contraction.

After the sutures have been tied and cut the uterus is again wrapped in a large flat sponge and compressed as before. In no case has the uterus failed to respond to this method.

Should any oozing appear at the needle punctures slight pressure with a warm sponge should be applied for a few seconds.

The performance of hysterectomy for bleeding is bad treatment as the uterus always responds freely to pressure with a warm sponge. Several authors advise the introduction of pledgets of Iodoforme gauze, tents, drainage tubes etc. As a preventive against post-partum hæmorrhage « nothing could be worse ». Of course it is the proceedure of a surgeon, but everyone who has practised midwifery knows that the presence even of a clot in the uterus may lead to serious hæmorrahage. Such bodies if not expelled would induce bleeding,

distension of the uterus and bursting of the incision with speedy death of the patient.

This is no mere theory, but is what has actually taken place where these means have been tried therefore the less the parts are interfered with the better.

Before replacing the uterus in the abdomen it may be desirable to ligature the Follopian tubes with antiseptic silk in order to prevent future pregnancy. This proceedure is effective and leads to no complication nor bad result. Neither is menstruation interfered with. The uterus having been replaced the cavity is cleaned, and the external wound in the parietes closed and dressed in the ordinary manner.

The diet for the first two days consists of sips of warm barley water in increasing quantities, after which gruel or milk is given.

For a few nights half a grain morphine suppository is given. The urine is drawn off every six hours or so for two days and on the fourth day a small enema of glycerine and soapy water is administered.

The bowels having been moved, the patient is allowed chicken soup, beef tea, etc. and the child is put to the breast upon the appearance of milk.

In conclusion I have again to urge that Cœsarean Section should be made the operation of choice and not resorted to after every other means have failed.

PÉRITONITE TUBERCULEUSE GUÉRIE PAR LA LAPAROTOMIE DEPUIS QUATRE ANS

par M. **Paul Vallin** (Lille).

Le traitement opératoire de la péritonite tuberculeuse est, pour ainsi dire, né du hasard. En 1861, Spencer Wells croit opérer un kyste, tombe sur une péritonite tuberculeuse ; son opérée guérit à son grand étonnement, et, si je ne me trompe, vit encore aujourd'hui. C'est à un cas semblable que je veux faire allusion dans cette communication ; et, bien que les exemples de ce genre ne soient plus à compter, je crois pourtant cette observation digne de quelque intérêt.

Le 14 juillet 1888, je vois en consultation Mme Delp...-Delv..., âgée de 38 ans, cabaretière, femme d'apparences vigoureuses et solides, qui n'a jamais été et ne se trouve pas malade, dont le ventre seul a grossi, lui faisant supposer qu'elle est encore enceinte, et qui se trouve fort étonnée que plusieurs médecins lui prétendent le contraire.

Voici rapidement ses antécédents :

Père mort à 66 ans; mère morte à 80 ans.

Elle a eu douze frères et sœurs : cinq sont morts en bas-âge; un de méningite à 11 ans; un de phtisie pulmonaire à 26 ans; trois sœurs à 42 ans, de suites de couches; deux frères sont encore vivants et sont âgés de 50 à 56 ans.

Comme je le répète, elle-même n'a jamais été malade; réglée à 17 ans; toujours parfaitement régulières, ses règles duraient trois jours, pas de pertes blanches.

Mariée, à 32 ans, le 25 avril 1881, à un mari qui tousse depuis deux ans, elle devient enceinte cinq fois depuis 1881 à 1887.

1er enfant, né le 10 avril	1882,	mort-né.	
2e enfant, né le 27 septembre	1883,	décédé le 24 mai	1884.
3e enfant, né le 6 janvier	1885,	décédé le 3 janvier	1886.
4e enfant, né le 28 avril	1886,	décédé le 19 janvier	1887.
5e enfant, né le 13 septembre	1887,	décédé le 11 janvier	1888.

Elle perd donc tous ses enfants dans leur première année.

A partir du mois de *janvier* 1888, elle s'aperçoit que son ventre grossit; et bien qu'elle n'éprouve rien de semblable à ce qui se passait lors de ses grossesses antérieures — nausées ou vomissements, sommeil invincible, etc. — elle ne doute pas un seul instant qu'elle ne soit enceinte, et son médecin, consulté, la confirme dans cette pensée. Mais les mois se passent et les règles persistent à l'ordinaire. Sur le conseil de son médecin, qui l'a examinée attentivement et conclut à l'existence d'une poche d'eau (pour me servir de ses expressions), elle consulte un chirurgien d'une ville voisine, en mai 1888. Celui-ci pose le même diagnostic et propose l'opération. Elle s'y refuse; mais, en voyant son ventre continuer d'augmenter, elle va consulter, le 6 juillet, un autre chirurgien de la même ville; ce dernier porte le même diagnostic que le précédent et lui propose également l'opération; mais, la voyant fort peu décidée, il lui retire huit litres au moyen d'une ponction. Son ventre revient au même volume en quelques jours et c'est alors qu'elle m'est adressée, le 14 juillet, se résignant cette fois à tout ce qu'on voudra.

Ce qui frappe à première vue c'est, je le répète, son aspect extérieur

qui respire la vigueur et la santé. Grande et forte, bien plantée, les joues colorées, le regard vif; elle ne se plaint d'aucun malaise, d'aucun désordre, d'aucune douleur. N'était le volume de son ventre, qui la préoccupe depuis qu'on lui a dit qu'elle n'était pas enceinte, et qui la gêne par son développement, rien ne pourrait faire croire à cette femme qu'elle porte une affection sérieuse, et jusqu'aujourd'hui elle s'est acquittée de tous les devoirs de son ménage.

Le ventre est énorme, globuleux, parfaitement symétrique. La peau est lisse, tendue, sillonnée de quelques veines bleuâtres et criblée de vergetures. La cicatrice ombilicale et déplissée. Le ventre mesure 1^{m} 32 à la taille. On découvre sur le côté gauche, sur le milieu de la ligne qui réunit l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic, la trace de la ponction qui a été faite, il y a une huitaine. Le liquide, comme je l'ai déjà dit, s'est reproduit avec une telle rapidité que la peau est absolument surdistendue et oppose un véritable obstacle à la *palpation* des parties profondes. La *fluctuation* est des plus nettes, ni cris intestinaux, ni frottements, ni douleurs d'aucune sorte.

A la *percussion*, la matité remonte jusqu'au voisinage de l'appendice xiphoïde : on ne trouve de sonorité que tout à fait sur le pourtour de la cage thoracique, et en arrière dans les flancs. Les diverses positions qu'on fait prendre à la malade, ne modifient guère la répartition des zones de matité et de sonorité, qu'on fasse coucher la malade sur un côté ou l'autre, ou qu'on la fasse asseoir.

Au *toucher* l'utérus peu accessible est légèrement élevé, mobile, non dévié. Rien dans les culs-de-sac qui soit appréciable.

J'avoue que nous ne songeons même pas, vis-à-vis de cette absence de tous *symptômes généraux* : amaigrissement, fièvre hectique, toux, diarrhée, vomissements, et en présence des signes physiques donnés par l'examen, à la possibilité d'une autre affection qu'un kyste de l'ovaire, et qu'un kyste de l'ovaire simple, sans adhérences.

Nous l'opérons le 28 juillet 1888, avec le concours de son médecin et de deux de nos collègues :

Une incision de 8 centimètres est faite à la peau sur la ligne médiane, aboutissant à trois travers de doigts de la symphyse pubienne ; et, après division successive des divers plans jusqu'à la graisse sous-péritonéale, nous arrivons sur une membrane épaisse, terne, parcourue, sillonnée de nombreux vaisseaux, veines surtout, d'un aspect, en un mot, qui nous donne immédiatement à réfléchir. Ce n'est pas là évidemment un péritoine normal. Nous cherchons à ce moment, en la soulevant à l'aide d'une pince, à faire une petite ouverture à la séreuse ; mais celle-ci, était épaissie, et après division de plusieurs cou-

ches successives, nous nous persuadons qu'elle est adhérente et nous essayons de la détacher de la tumeur présumée d'abord à droite, puis à gauche, dans l'espace de quelques centimètres. Nous cherchons enfin, en prolongeant l'incision par en haut, à tomber dans la cavité au-delà des adhérences : même insuccès. Un coup de bistouri, un peu plus vigoureux, ouvre le péritoine, et un liquide clair, citrin, au milieu duquel flottent quelques rares flocons blanchâtres, s'écoule en grande abondance. Nous en recueillons *douze litres.* L'intestin apparaît bientôt au niveau de l'ouverture péritonéale que nous avons agrandie par en haut et par en bas ; il est parsemé, criblé de granulations miliaires. Il est de plus ramassé, collé contre la paroi postérieure. Le péritoine pariétal est également recouvert de granulations de même aspect, et, de plus, considérablement épaissi. Le grand épiploon est ratatiné contre la grande courbure de l'estomac.

Nous allons à la recherche des annexes. Nous amenons à *droite* une *trompe* allongée, sinueuse, bosselée, dont le péritoine de recouvrement est également farci de granulations miliaires, et qui de plus se signale par la présence de plusieurs noyaux d'aspect jaunâtre, caséeux, gros comme un pois ou une noisette. Un énorme, surtout, semble former bouchon dans le pavillon de la trompe. *L'ovaire* correspondant, augmenté de volume, présente également trois tubercules caséeux qui font saillie à sa surface.

Du côté *gauche,* lésions identiques mais moins avancées.

Devant cette généralisation absolue, je me contente de laver le péritoine. Une injection de deux litres de sublimé à 1/1000 est suivie d'une autre avec une dizaine de litres d'eau filtrée et bouillie.

Huit points de suture au crin de Florence ferment la plaie. Pansement à la gaze iodoformée et phéniquée. La température s'est élevée un seul jour à 38°2.

Par contre tous les points de suture ont suppuré, et chaque fil fut le centre d'un abcès creusé à l'emporte-pièce, à fond gris-jaunâtre, dont on exprimait à chaque pansement plutôt une sorte de matière caséeuse qu'un pus véritable.

Notre opérée sortit le 28 août, complètement guérie, sauf un peu d'éventration.

Depuis, sa guérison s'est tout à fait maintenue, et la semaine dernière nous l'avons revue chez elle en train de faire la lessive.

Son mari, porteur d'excavations fort avancées aux deux sommets, a succombé l'an dernier à une suppuration très abondante d'une arthrite tuberculeuse du coude droit.

Nous n'avons pu, contre notre espérance, vous présenter la malade

qui s'est refusée à nous accompagner : elle se remarie au commencement de la semaine prochaine.

Nous joignons à la suite de cette observation l'examen microscopique, pratiqué par M. le professeur Augier, sur deux fragments du péritoine que nous avons enlevés de chaque côté de l'ouverture péritonéale.

EXAMEN DE FRAGMENTS DE PÉRITOINE PROVENANT D'UNE OPÉRATION

pratiquée par M. **Paul Vallin** (Lille).

L'examen microscopique des coupes pratiqué après durcissement dans l'alcool donne les résultats suivants :

On trouve dans l'épaisseur du tissu sectionné une couche presque continue de nodules tuberculeux arrondis ou ovoïdes. Ils ont pour la plupart à la périphérie une capsule mince, presque continue, formée de tissu conjonctif. A l'intérieur de cette zone, se trouve un amas de cellules épithélioïdes dans les interstices desquelles il y a grand nombre de leucocytes à noyaux bourgeonnants et irréguliers. Enfin, il est facile de constater, soit au centre, soit à la périphérie des nodules, la *présence* de *cellules géantes*. En certains points, il y a plusieurs de ces cellules au sein des nodules. Elles sont quelquefois séparées par une bordure nette des cellules épithélioïdes voisines. Malgré les prolongements dont ces cellules sont munies à leur périphérie, elles se détachent assez facilement en laissant un vide à leur place, ce qui provient d'un accident de préparation. La surface *externe* de la coupe, c'est-à-dire celle qui fait face à la cavité péritonéale, ne contient qu'un nombre très limité de nodules tuberculeux. Dans ce point, le péritoine est formé par une couche épaisse de tissu conjonctif en voie d'organisation fibreuse. Quelques tubercules seulement affleurent la surface et paraissent sur le point d'y vider leur contenu.

Enfin, la partie la plus superficielle de la membrane est revêtue d'une couche assez mince de fibrine filamenteuse ou granuleuse, mélangée de cellules migratiles.

Dans toute l'épaisseur de la coupe on constate en assez grand nombre des vaisseaux, artérioles, veinules ou capillaires, et sur beaucoup de points ces vaisseaux sont entourés d'un véritable manchon

d'éléments embryonnaires. *Il faut remarquer que, sur aucune des coupes, examinées au microscope, on ne constate l'existense de la dégénérescence caséeuse* habituelle; les nodules tuberculeux ressemblent complètement à ceux qu'on observe sur les coupes de lignes, soit de la peau, soit des muqueuses.

Enfin, nous noterons la tendance manifeste à l'évolution fibreuse qui se constate au pourtour de tous les nodules turberculeux.

De cette observation nous concluons que :

1° La forme ascitique de la péritonite tuberculeuse offre en certaines circonstances des difficultés diagnostiques insurmontables ;

2° Cette observation est une preuve de plus, et tout aussi inexplicable que les autres observations semblables citées en grand nombre, de la guérison de la péritonite tuberculeuse par l'incision péritonéale ;

3° Elle va à l'encontre de la pensée de ceux qui croyaient que la forme ascitique répondait à la tuberculose péritonéale primitive ;

4° Elle paraît bien démontrer la réalité de la contagion de la tuberculose par les rapports sexuels.

CHIRURGIE ABDOMINALE CHEZ LES ENFANTS. - PÉRITONITE TUBERCULEUSE. NÉPHRECTOMIE

par M. **Hendrix** (Bruxelles).

La communication que j'ai l'honneur de vous faire est une présentation de malades. Ce sont trois cas de chirurgie abdominale chez les petits enfants, et c'est dans le jeune âge de mes opérés que réside l'intérêt de mes observations. Les deux premiers de mes malades sont des cas de *péritonite tuberculeuse*, traités et guéris par la laparotomie pure et simple. Je n'ai pas à vous rappeler ici l'histoire et l'efficacité de cette singulière méthode de traitement, qui a déjà fait ses preuves, et si je vous présente ces cas, ce n'est pas tant pour répéter une démonstration déjà faite, que pour montrer que nous avons dans l'enfance un champ fécond d'observations et d'expérimentation sur cet important sujet.

Le premier de ces enfants est une petite fille de 5 ans, opérée il y a deux ans et demi. J'avais affaire ici à une péritonite adhésive ; la cavité péritonéale avait disparu, remplacée par des adhérences lâches,

dans lesquelles fourmillaient des tumeurs d'aspect fibreux, dont le volume variait entre celui d'une noisette et celui d'une noix. Laparotomie pure et simple, sans lavage, sans énucléation d'aucune sorte. Succès opératoire immédiat, suivi d'une sorte de résurrection de l'enfant. Actuellement, deux ans et demi après l'intervention, l'enfant présente l'aspect d'un enfant bien portant de son âge, et les symptômes abdominaux, tant subjectifs qu'objectifs, ont absolument disparu.

Le second de ces enfants est un petit garçon de 2 ans, opéré il y a cinq mois seulement. Ici la péritonite était de forme ascitique. Le péritoine pariétal était très épais, mesurant environ 1 centimètre d'épaisseur. Le péritoine viscéral était épaissi, les anses intestinales tuméfiées, d'aspect charnu, framboisé, très vasculaire, adhéraient lâchement entre elles. Le péritoine était criblé littéralement de tubercules dont le volume variait à l'infini, depuis la granulation microscopique jusqu'à des tumeurs d'aspect fibreux du volume d'une lentille. Même traitement, même résultat. Bien qu'il soit convenu qu'on attendra deux ans avant de tenir la guérison pour définitive, j'ai vu chez cet enfant une telle transformation de l'état général, une disparition si complète des signes de la péritonite, que j'ose croire fermement à la stabilité du succès (1).

J'ai opéré, il y a cinq mois, un troisième enfant âgé de onze mois. Péritonite adhésive, péritoine parsemé de tubercules caséeux. Succès opératoire. Amélioration notable de l'état général. Mort au bout de quatre mois de broncho-pneumonie intercurrente. Je dois reconnaître qu'ayant examiné l'enfant sous le chloroforme un mois avant sa mort, j'ai constaté que les tumeurs caséeuses existaient encore.

Chez les deux derniers de ces opérés, j'ai pu établir, par l'examen histologique et microbiologique, ainsi que par l'inoculation aux animaux, la réalité de l'infection tuberculeuse du péritoine. Je dois à la vérité de dire que dans le premier cas je n'ai pas fait cette preuve. Mais quoiqu'on ait mis en doute, dans ces derniers temps (Henoch), la nature tuberculeuse de cette forme fibreuse de péritonite, je crois cependant, étant données la cachexie de l'enfant et l'hérédité certaine, pouvoir l'admettre dans mon cas. Quoi qu'il en soit, il démontre, comme le cas de Henoch, que la laparotomie peut guérir aussi bien

(1) Depuis la présente communication, dix mois se sont écoulés et les deux enfants, qui en font l'objet, continuent à présenter les signes d'une parfaite santé.

la péritonite simple que la tuberculeuse, et c'est peut-être là un indice capable de mettre sur la voie dans la recherche du mystère qui règne encore sur cette étrange thérapeutique.

Je dois signaler encore, à propos du second de mes opérés, que bien que la guérison de la plaie opératoire eut été immédiate dans la profondeur, c'est-à-dire du côté du péritoine, la cicatrice de la plaie des téguments, trois semaines après, s'ulcéra et se remplit de fongosités tuberculeuses, qu'il fallut curetter à deux reprises différentes. Ainsi donc, tandis que par la laparotomie, le péritoine s'était guéri, la plaie s'était contaminée pendant l'opération, et il avait fallu pour la guérir une intervention secondaire.

SARCÔME DU REIN. — NÉPHRECTOMIE. — GUÉRISON DÉFINITIVE.

Le troisième enfant que voici présentait depuis l'âge de trois mois une tumeur du rein gauche qui, à quinze mois, lorsque je le vis et l'opérai, avait atteint le volume d'une tête d'enfant, et pesait 1500 grammes. C'était, ainsi que le démontra l'examen histologique, un sarcôme à petites cellules. Je fis la néphrectomie transpéritonéale, et, depuis un an que l'enfant est opéré, il n'y a pas d'apparence de récidive. Il est actuellement admirable de force et de santé (1).

Si je vous le présente, c'est que je n'ai pas connaissance qu'on ait pratiquée la néphrectomie pour sarcôme rénal, chez un enfant aussi jeune, avec un succès qui semble définitif.

EIN WORT FUR FRUHZEITIGE ENUKLEATION DER MYOME DES UTERUS-KORPERS

Von Dr **Otto Engström** (Helsingfors-Finlande)

Bei all'den Leiden, welche ein Uterus-myom mit sich bringen kann gibt es nicht eine einigermassen sichere medikamentöse therapie. Die elektrische Behandlung von vielen Gynäkologen sehr berühmt, ist Anderen oft genug ganz erfolglos geblieben. Mir hat sie einige Male eine Verkleinerung der Geschwulstmasse, eine Ermässigung

(1) Même remarque que ci-dessus.

der Blutungen und der Schmerzen gegeben, aber scheint mir keine unbedingt zuwerlässige zu sein. Ebenso zeigen sich die anderen vorgeschlagenen Mitteln nicht selten unwirksam. Es gibt ja eine keinesfalls kleine Menge von Fällen wo trotz einer am meisten sorgsamen Pflege und Anwendung aller bekannten therapeutischen Massnahmen eine grössere Operation nicht zu vermeiden ist. Da man diese Tumoren nur selten per vaginam entfernen kann so wird meistens eine péritoneale Operation nöthig.

Und das schlimmste dabei ist, dass die Patientin oft ganz entblutet und im Zustande sehr geringer Widerstandsfähigkeit einem jetzt oft technisch sehr schwierigen Eingriffe ausgesetzt wird. Die Mortalitäts procente sind Allen bekannt. Mögen wir nur nüchtern nachsehen was die durch die Operation geretteten Patientinnen erreicht haben und in welchem Zustande sie davon gekommen sind. Bei breit dem Fundus uteri aufsitzenden und gestielten Myomen ist eine konservirende Behandlungs methode leicht. Aber so einfach sind die Verhältnisse nicht oft. Meistens haben wir mit mehr oder weniger tief in der Gebärmutterwand sitzenden Tumoren zu thun. Hierbei wird durch die Castration das Aufhören der Blutungen und eine Rückbildung der Geschwulst in den allermeisten Fällen erreicht. Aber eine schwere Verstümmelung bleibt diese Operation immer. Noch bessere Resultate gibt die Amputatio uteri supra-vaginalis den glücklich davon gekommenen. Aber noch weniger wird hiermit eine Restitutio ad integrum erreicht. Und am meisten verstümmelnd ist die Extirpatio uteri myomatosi sei es per laparotomiam oder per vaginam. Daher muss es erstrebenswerth sein die genannten Operationen durch mehr schonende Eingriffe zu ersetzen. Und hierbei ist nur eine isolirte Entfernung des Myoms oder der Myome unter Erhaltung der Gebärmutter sowie der Tuben und Ovarien eine ideale Operation. Handelt es sich um Myome, die in das Ligamentum latnm und unter das Becken peritoneum gewuchert haben, so können sich ganz ausserordentliche Schwierigkeiten der Operation bieten. In Anfang, da die Geschwulst nicht gross ist und noch die Verhältnisse im Becken nicht hochgradig verumgestaltet hat, ist doch die Operation weniger schwer ausführbar und weniger gefährlich.

Ist dagegen das Myom mehr oder weniger intramural, so kann die Enukleation aus der Uteruswand, wie sie von *A. Martin* angegeben ist, ohne besondere Schwierigkeiket ausgeführt werden. Aber mittelst dieser Operation kann man die Geschwulst entfernen nur wenn sie nicht durch ihre Grösse oder durch ihre Multiplicität die Gebärmutter in zu hohem Grade deformirt hat. Dazu ist die Operation

obwohl mit Eröffnung der Bauchhöhle verbunden, ziemlich ungefährlich, da sie meistens ohne Eröffnung der Gebärmutterhöhle vorsich gehen kann. — So fand Chevrier bei 125 von ihm zusammengestellten Fällen eine Mortalität von 16 %. Aber hierbei muss man sich erinnen, dass viele der angeführten Fälle aus einer Zeit stammen wo man die Asepsis bei den Laparotomien nicht so wohl beherrschte wie jetzt. Ich selbst habe die *Martin'sche* Operation bis jetzt 24 Mal ausgeführt und wenn ich hierbei einen Fall weglasse, wo der Tod ohne Zusammenhang mit der Operation war, so habe ich unter 23 Patientinnen nur eine verloren und zwar an Darmparalyse ohne Spur von Fieber, Peritonitis oder andere Zeichen septischer Infection. Weiter hat man diese Operation auch während der Schwangerschaft ausgeführt ohne diese zu stören. Schliesslich kann nach dieser Operation die Patientin schwanger werden und normal gebären.

Ich weiss wohl dass man Bedenken gegen diese Operation geäussert hat, indem darauf hingewiesen ist, dass man kaum mit Sicherheit sagen kann, ob man die ganze Neubildung entfernt hat. Aus zurückgebliebenen Myom-herden könnte sich ja das Uebel wieder entwickeln und in der That ist man ein Paar Mal gezwungen eine neue Laparotomie zu machen. Dieser Umstand möchte doch nicht von der *Martin'schen* Operation abschrecken. Denn einerseits dürfen nicht immer etwaige zurückgebliebene Myomherde sich weiter entwickeln. Wie oft sehen wir nicht kleine Myomknoten stationär viele Jahre lang verbleiben. Anderseits ist wohl nicht Alles verloren wenn ein Recidiv sich entwickelt. Wir können ja zum zweiten Mal die Laparotomie machen und die Neubildung entfernen.

Zugegeben muss gewiss werden dass nach einer *Myotomia Martin* die zu starken Blutungen doch fortsetzen können.

In meinen Fällen hörten sie doch ziemlich schnell auf und wurden die Regeln bald normal. Da jedoch die Ursache der Endometritis aufgehoben ist, so muss wohl eine regelrechte Behandlung derselben zum Ziel führen.

Wenn also ein Myoma corporis uteri Symptome macht, die die Gesundheit und die Pflichten der Patientin beeinträchtigen, oder wenn es wächst und vor Allem wenn kein Stillstand im Wachsthum bald zu erwarten scheint, da ist es nach meiner Ansicht geboten die Neubildung bald möglichst auszuschälen zu versuchen.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR CANCER (1887-1892) (Voir texte, p. 485.)

par M. Eugenio GUTIERREZ (Madrid).

N° d'ordre	NOM DE LA MALADE	DATE DE L'OPÉRATION	ÉTAT DE LA MALADE ET DATE DE SA PRÉSENTATION	DATE DE LA RÉCIDIVE	DATE DU DÉCÈS
1	L. Bartolomé	24 octobre 1887.	7 juillet 1892. — Cicatrice lisse. Pas d'induration dans les tissus pelviens. — Bon état général.	—	—
2	M. Gonzalez. †	14 novembre 1887. Opération incomplète.	—	—	16 novembre 1889 Périton. septique
3	M. Sèna. †	24 janvier 1888.	—	8 mars 1888. — Point induré dans la cicatrice. Ulcération.	20 octobre 1888.
4	R. Ambite.	15 février 1888.	1er juillet 1892 — Cicatrice lisse. Pas d'induration dans les tissus pelviens. — Bon état général.	—	—
5	A. Pastrana. †	15 mars 1888.	—	1er mars 1889. Cicatrice lisse. — Dégénérescence cancéreuse des annexes du côté droit. — Ascite. Laparot. le 7 octob. 1889	Janvier 1891.
6	M. Diaz. †	18 juin 1888.	—	5 novembre 1888. Point induré dans la cicatrice. Extirpation et cautérisation au fer rouge.	6 mars 1890.
7	J. Lopez. †	4 juillet 1888,	—	Avant la cicatrisation complète de la plaie vaginale.	9 novembre 1888.
8	P. Cabrero. †	10 octobre 1888.	—	6 mai 1890. Point induré dans la cicatrice. Extirpation et cautérisation.	Décembre 1891.

Nº d'ordre	NOM DE LA MALADE	DATE DE L'OPÉRATION	ÉTAT DE LA MALADE ET DATE DE SA PRÉSENTATION	DATE DE LA RÉCIDIVE	DATE DU DÉCÈS
9	V. Castro. †	11 octobre 1888.	—	—	16 octobre 1888. Péritonite septiq.
10	L. Lopez. †	21 janvier 1889.	—	—	25 janvier 1889. Péritonite septiq.
11	V. Paulé. †	5 avril 1889.	—	7 juin 1890. Induration dans les tissus pelviens.	6 février 1891.
12	C. Sevilla.	8 mai 1889.	9 juin 1892. — Cicatrice lisse. Tissus pelviens souples. Névralgie sciatique.	—	—
13	M. Rojo.	22 mai 1889. Grossesse au 4me mois.	26 juin 1892. — Cicatrice lisse. Pas d'induration dans les tissus pelviens. — Bon état général.	—	—
14	C. Diaz.	19 juin 1889.	1er juillet 1892. — D'après les renseignements de son médecin et de sa famille, la malade jouit d'une bonne santé et il n'y a pas de récidive.	—	—
15	J. Garcia.	2 juillet 1889.	30 juin 1892. — Cicatrice lisse. Il y a au côté droit une induration assez considérable; la malade ressent des douleurs. Elle est en surveillance.	—	—
16	R. Fernandez. †	16 octobre 1889.	—	—	17 octobre 1889. Urémie aiguë.

N° d'ordre	NOM DE LA MALADE	DATE DE L'OPÉRATION	ÉTAT DE LA MALADE ET DATE DE SA PRÉSENTATION	DATE DE LA RÉCIDIVE	DATE DU DÉCÈS
17	L. Montoya.	31 octobre 1890.	1er juillet 1892. — Cicatrice lisse. Pas d'induration dans les tissus pelviens.	—	—
18	J. San José.	12 novembre 1890.	28 juin 1892. — Cicatrice lisse. Etat général bon.	—	—
19	C. Chavanny.	11 février 1891.	10 juillet 1892. — La malade est en pleine cachexie. Il y a une fistule vésicale.	—	—
20	E. Pinuelas.	17 février 1891.	3 juin 1892. — D'après les renseignements de son médecin, le Dr Horcajo, il n'y avait pas traces de récidive.	—	12 juin 1892. Urémie.
21	N. Emeterio.	23 février 1891.	7 juillet 1892. — Cicatrice lisse. Tissus pelviens souples. Bon état général.	—	—
22	C. Parra.	27 mai 1891.	1er juillet 1892. Cicatrice lisse. Tissus pelviens souples.	—	—
23	F. Garcia.	5 février 1892.	4 juillet 1892. — Cicatrice lisse. Pas d'induration dans les tissus pelviens.	—	—
24	V. Ugarriza.	30 avril 1892.	13 juillet 1892. — La malade se porte très bien.	—	—

La série de vingt-quatre hystérectomies, dont je fais le rapport à cette docte assemblée, a été commencée dans le mois d'octobre 1887; et, bien que le nombre des cas ne soit pas considérable pour juger des résultats d'une opération dont la valeur curative est encore en litige, nous avons pu suivre de près toutes nos opérées et ratifier des idées émises devant le Congrès Gynécologique de Madrid dans l'année 1888, tant au point de vue des indications de l'extirpation totale de l'utérus dans les cas de cancer, qu'en ce qui concerne sa valeur thérapeutique.

Tous les cas de notre statistique ont été de cancer du col dans ses diverses variétés, bien démontrés cliniquement et histologiquement, ne laissant pas de doutes; quant à sa limitation, presque toujours les lésions sont allé plus loin de ce que nous avions pu soupçonner par les caractères objectifs et l'examen combiné. C'est que le diagnostic de la limitation du cancer s'appuie sur des données peu solides encore, comme nous allons le démontrer.

En effet, chez quelques malades (nos 3 et 19), l'inspection oculaire ne décelait qu'une ulcération limitée à la lèvre postérieure sans destruction complète de la muqueuse externe cervicale, sans la moindre altération dans le parametrium, et l'utérus était parfaitement mobile; et, malgré ces conditions, nous pûmes nous convaincre, après l'extirpation, de ce que l'infiltration néoplasique avançait dans le parenchyme utérin jusqu'au niveau de l'orifice interne, s'étant propagé dans le tissu paramétral, et le diagnostic préopératoire de cette difusion devient impossible.

C'est ce qui peut arriver aussi dans la forme appelée *térébrante* par certains auteurs.

Chez d'autres malades (nos 4 et 12), nous avons tiré les meilleurs résultats de l'hystérectomie, malgré l'induration des tissus périutérins et le défaut de mobilité de l'utérus qui en est la conséquence; ainsi, la malade no 4 n'a pas eu de récidive depuis quatre ans et demi qu'elle fut opérée; chez le no 12, il y avait aussi induration et raccourcissement du ligament large gauche avec adhérence au fond de l'utérus, et la récidive n'est survenue depuis trois ans. Dans ces cas, les antécédents et l'examen recto-abdominal vinrent éclaircir le sujet.

Dans le cancer du corps, nous pouvons faire le diagnostic précoce en vue de certaines données cliniques, de l'âge de la malade et de l'augmentation de volume de l'utérus avec intégrité du col; mais dans le cancer de cette partie, la lésion peut être obscurcie au commencement par les caractères d'une endocervicite glandulaire avec ectropion chronique.

Au mois d'avril 1888, nous avons fait l'amputation du col chez une femme qui se trouvait dans les conditions signalées ci-dessus et nous fûmes surpris de rencontrer, à l'examen histologique, quelques *globes* épidermiques cornés dans la muqueuse externe, à côté de parties détruites par l'érosion, et des espaces pleins de cellules pavimenteuses au milieu d'un tissu conjonctif inflammé.

Ruge et Veit appelèrent déjà l'attention sur le rapport existant entre certaines formes d'érosions et les changes ectropioniques de l'orifice externe du col et l'évolution néoplasique du tissu glandulaire; conditions qu'on doit regarder comme les avant-gardes du cancer.

Breisky publia, en 1877, quelques observations qui semblent démontrer que l'éversion de la muqueuse cervicale après les déchirures (ectropion cicatriciel d'Emmet) peut devenir le point initial d'une tumeur cancéreuse à la suite de l'irritation constante à laquelle elle est soumise.

On doit apprécier exactement ces circonstances pour mieux établir les indications de l'hystérectomie vaginale, puisque dans ces cas, si le pansement antiseptique ne modifie pas l'ectropion, nous pouvons confirmer le diagnostic au microscope et décider de l'intervention chirurgicale.

Si dans les cas que nous avons envisagé, et par le fait d'apparaître limitées les lésions, on se contente de l'amputation infra ou sus-vaginale du col, on comprend la possibilité d'une récidive, quand la même hystérectomie, faite dans des conditions pareilles, peut échouer, comme le témoignent quelques faits de notre statistique à cet égard. Nous devons déclarer qu'aujourd'hui ne nous semble douteuse la préférence de l'hystérectomie vaginale sur l'extirpation partielle dans le cancer limité du col, en tant que le praticien peut fixer le diagnostic de cette limitation par les moyens dont on dispose actuellement : le *sens clinique* et les statistiques comparatives de mortalité opératoire et de survie avec ou sans récidive entre les deux interventions, justifient pleinement le critérium qui guide à la plupart des opérateurs, partisans convaincus de l'extirpation totale. Et moins soutenable nous semble encore la thèse de certains professeurs éminents d'Angleterre et des Etats-Unis, qui condamnent absolument toute intervention curative dans le cancer de l'utérus, quand les faits viennent démontrer ses avantages. Pour contester l'un et l'autre exclusivisme, il suffit de rappeler les considérations suivantes :

La survie naturelle des malades cancéreuses, depuis le commencement appréciable de la lésion, si variable qu'elle soit, selon la forme du cancer et le traitement employé, on peut la fixer en trente

mois comme terme moyen des statistiques. Lebert signale dix-sept mois; Schröder et West, dix-huit mois; Pichot, vingt à vingt-quatre mois; Valat, trente-trois mois. Il y a des cas exceptionnels de malades qui ont porté leur lésion pendant neuf ans.

La survie, après l'hystérectomie vaginale, est aussi fort variable, mais elle devient plus longue à mesure du perfectionnement du diagnostic et de la technique opératoire; c'est cette circonstance qui nous rend compte de la différence remarquable parmi les statistiques recueillies avant et après 1886 et aussi parmi les professeurs. Nous voulons présenter, comme modèle en ce genre, la statistique de Léopold, de Dresde, publiée par son premier assistant le Dr Leisse. Ce travail comprend 80 opérations d'extirpation totale faites depuis le 11 octobre 1883 jusqu'au 9 mai 1889. Le 5 mai, date de la publication, 45 de ces 80 opérées vivaient encore; 35 étaient mortes, mais seulement 27 de récidive, soit 37,50 %.

Survivaient :

2 ans après l'opération :	45 de 80 opérées, soit	56,25 %
3 ans après l'opération :	34 de 58 opérées, soit	58,6 %
4 ans après l'opération :	25 de 42 opérées, soit	59,5 %
5 ans après l'opération :	18 de 30 opérées, soit	60 %
6 ans après l'opération :	6 de 9 opérées, soit	66,6 %
7 ans après l'opération :	2 de 2 opérées, soit	100 %

Mieux encore. Le jour de la publication de cette statistique (5 mai 1891) vivaient :

7 ans après l'opération,	2 malades	(nos 1 et 2).
6 ans après l'opération,	6 malades	(nos 3, 5, 8, 9, 11 et 13).
5 ans après l'opération,	10 malades	(nos 14, 15, 18, 20, 23, 24, 25, 26, 27 et 30).
4 ans après l'opération,	8 malades	(nos 31, 32, 33, 35, 37, 38, 41 et 43).
3 ans après l'opération,	10 malades	(nos 45, 46, 48, 50, 51, 56, 57, 58, 59 et 60).
2 ans après l'opération,	9 malades	(nos 62, 64, 66, 67, 69, 70, 73, 74 et 77).
Total . . .	45 malades de 80, soit 56,25 %.	

Voici le résumé de notre statistique :

Mortes par opération	4, soit 16,66 %.
Morte par cause étrangère . . .	1
Avec récidive.	8, soit 33,33 %.
Sans récidive.	11, soit 45,83 %.
Malades opérées. . .	24

De ces 11 opérées sans récidive, vivent actuellement :

4 ans après l'opération : 2 (nos 1 et 4).
3 ans après l'opération : 3 (nos 12, 13 et 14).
2 ans après l'opération : 2 (nos 17 et 18).
1 ans après l'opération : 2 (nos 21 et 22).
6 mois après l'opération : 2 (nos 23 et 24).

N'entrant pas en ligne de compte que les cas de survie de deux ans après l'opération, comme c'est la règle de la plupart des professeurs, le nombre de nos opérées sans récidive reste limitée à 7, soit 29,16 %; et quoique petit, comparativement à celui de la statistique de Léopold, il suffit pour montrer les avantages d'une intervention dans une maladie dont la terminaison est naturellement funeste et à bref délai si fréquemment.

L'étude comparative de la survie après l'extirpation partielle et totale de l'utérus, aussi favorable qu'elle soit à la première opération par les données des statistiques, ne doit pas se baser seulement sur la lecture des chiffres; somme toute, il faut faire attention à ce que toutes les statistiques sont antérieures à 1886, c'est-à-dire à l'époque où fut réellement acceptée l'hystérectomie vaginale comme opération de choix par le plus grand nombre des praticiens.

Il s'en suit que les cas traités par ce procédé opératoire avant l'année 1886 étaient des cancers très avancés déjà et dans lesquels on ne croyait suffisante l'extirpation partielle qui, jusqu'alors, avait été l'opération classique; malgré tout, une différence existe encore en faveur de l'hystérectomie vaginale, si nous faisons un parallèle parmi les statistiques antérieures et postérieures à l'époque signalée.

Des cent vingt-sept opérées d'amputation infra-vaginale par le professeur Ch. Braun, seulement vingt-six vécurent plus de deux ans après l'opération, soit 20,47 %; des vingt-huit malades chez qui Martin fit l'amputation supra-vaginale, deux vivaient sans récidive au bout de deux ans, soit 7,14 %.

On n'a qu'à mettre à côté de ces chiffres ceux qui se dégagent de la statistique de Léopold (56,25 %) et on peut constater ce que nous disons. C'est ainsi qu'on doit analyser les cas les plus favorables d'extirpation partielle publiés par Verneuil, Schröder et Hofmeier : des vingt et une guérisons citées par le premier, il faut en déduire neuf récidives précoces et cinq malades dont on n'a pas reçu des nouvelles depuis trois ans de l'opération.

Le travail le plus complet que nous possédons sur ce sujet est la statistique de Schröder-Hofmeier, de 1876 à 1886.

Malades guéries après un an :

Opération partielle, 49 guéries de 114 opérées, soit 51 %
Hystérectomie totale, 20 guéries de 46 opérées, soit 63 %

Malades guéries après deux ans :

Opération partielle, 38 guéries de 102 opérées, soit 46 %
Hystérectomie totale, 7 guéries de 40 opérées, soit 24 %

Malades guéries après trois ans :

Opération partielle, 24 guéries de 76 opérées, soit 42 %
Hystérectomie totale, 6 guéries de 31 opérées, soit 26 %

Malades guéries après quatre ans :

Opération partielle, 19 guéries de 39 opérées, soit 41 %
Hystérectomie totale, 0 guérie de 18 opérées, soit 0 %

Si nous tenons compte des considérations empruntées plus haut pour faire l'analyse de ces cas, nous constatons que, malgré la survie plus longue depuis deux ans en faveur de l'opération partielle, elle n'arrive pas aux chiffres signalés dans les statistiques récentes de l'hystérectomie.

Revenons maintenant sur notre travail.

La récidive chez nos opérées est survenue quatre fois (nos 3, 6, 8 et 19) dans la même cicatrice vaginale par la formation d'un tout petit nodule que nous avons extirpé et cautériser au fer rouge, ce qui n'a pas empêché l'induration d'apparaître peu de temps après dans le tissu cellulaire. Cela nous montre l'indication de réséquer la plus grande quantité de muqueuse vaginale, en faisant l'hystérectomie, si elle est ulcérée ou seulement d'une couleur violacée.

Dans un cas (no 5) la récidive eut lieu au bout d'un an dans les annexes du côté droit, s'étendant au tissu cellulaire pelvien et constituant un bloc accompagné d'ascite.

La laparotomie fut faite le 7 octobre 1889, un an et demi après l'hystérectomie; nous avons extirpé les annexes en détruisant les adhérences formées : la malade a survécu un an après cette seconde intervention.

C'est ce qui est arrivé chez la malade no 15, vivant encore depuis trois ans de l'opération, bien que chez elle il n'y a pas de l'ascite, et

l'induration qu'on remarque dans le pelvis ressemble à une masse d'exsudats paramétritiques avec inclusion des annexes correspondants; sauf quelques douleurs, l'état de cette malade est assez bon.

Le nº 11 vît apparaître les premières manifestations de récidive treize mois après l'opération par une induration dans le ligament large gauche, accompagnée d'œdème du membre inférieur. Chez le nº 7, la récidive est survenue avant la cicatrisation complète de la plaie vaginale, la malade ayant vécu quatre mois après l'opération.

Le chiffre de mortalité opératoire dans notre statistique (quatre morts, dont trois pour péritonite et une pour urémie aiguë) est assez élevé en rapport à ceux qu'on voit aujourd'hui dans les plus récentes d'autres professeurs; ainsi celle de Léopold ne donne que 5 %; celle de Kaltenbach 4 %; celle de Dmittri d'Ott, trente guérisons en trente cas; celle de Péan, vingt-cinq guérisons en vingt-cinq cas, et celle de MM. Laroyenne et Goullioud qui, dans vingt-huit hystérectomies vaginales, n'ont eu qu'une mort; résultats bien préférables à ceux de l'extirpation partielle, qui, malgré sa bénignité, donne 10 % de mortalité. Et si nous devons nous rapporter à notre pratique, le résultat curatif de l'amputation haute du col dans le cancer limité a été absolument nul, car de toutes nos opérées jusqu'à ce jour (plus d'une vingtaine), une seulement a vécu trois ans sans récidive; une autre opérée d'extirpation partielle il y a quatre ans et qui vit encore, est la malade à qui nous nous rapportions au commencement de ce travail.

Cette dame qui, sous l'apparence d'une endocervicite glandulaire avec ectropion chronique, avait un épithélioma initial du col utérin démontré par l'examen histologique, et dont la santé fut parfaite pendant les trois ans qui suivirent l'opération, nous inquiète actuellement pour les ménorrhagies dont elle souffre depuis quelques mois, quoiqu'il n'y a pas de signes d'une récidive prochaine.

Ce qui explique en quelque sorte l'excès de mortalité opératoire de notre statistique, c'est que des cas malheureux sont survenus au commencement de notre pratique de l'hystérectomie vaginale, alors que la technique de cette opération ne nous était pas familière et en même temps nous négligions certains détails, comme l'analyse des urines, dont nous reconnaissons l'importance, et l'examen recto-abdominal pour fixer le volume et la mobilité de l'utérus.

Nous sommes d'accord avec M. Pozzi pour croire que le *shock*, auquel succombent en apparence plusieurs opérées d'hystérectomie vaginale, n'est autre chose que l'urémie aiguë consécutive à une altération des reins, si fréquente chez les cancéreuses, ou bien qui existait déjà avant l'évolution du cancer, s'aggravant avec l'absorp-

tion du chloroforme ou des produits de la plaie et qui annihile l'action dépuratoire de tels organes.

Nous en avons perdu l'opérée n° 16 en quelques heures, et il a été au point de nous arriver de même avec la malade n° 20, affectée de diathèse urique depuis longtemps et qui succomba d'urémie seize mois après l'opération, sans la moindre trace de récidive.

Malgré tout, et après avoir reconnu à l'hystérectomie vaginale les conditions d'opération simple, sans grand danger, dont la mortalité tend à rester limitée à 6 ou 8 % comme maximum ; tenant compte de sa supériorité sur l'extirpation partielle dans le cancer limité du col, au point de vue des résultats immédiats, aussi bien que des éloignés, la science ne peut malheureusement compter aujourd'hui avec un moyen sûr de guérir une maladie si terrible, car il y en a des cas de récidive après quatre, sept et même douze ans, d'avoir pratiqué l'hystérectomie dans les meilleures conditions.

La question peut se réduire à ces termes :

1° Chercher, par tous les moyens d'investigation dont on dispose aujourd'hui, de faire le diagnostic précoce du cancer du corps comme du col de l'utérus, fixant sa limitation probable dans cet organe ;

2° Une fois cette question résolue, faire tout de suite l'hystérectomie vaginale, sans crainte de sacrifier un organe qui, dans de telles conditions, ne peut pas être une menace constante pour la vie de la femme et dont l'absence n'aura d'ailleurs aucun retentissement dans son état ultérieur ; car, jusqu'à ce jour, on n'a pas observé le moindre trouble dans les fonctions de l'économie comme conséquence éloignée de l'hystérectomie ;

3° Il faut s'abstenir de toute intervention trop active dans les cas qui laissent quelque doute quant à la limitation du cancer, en se contentant de traiter la maladie par les moyens palliatifs.

Le diagnostic de la limitation doit être fait en vue des données qu'on peut obtenir par l'anamnèse, l'examen combiné (vagino et recto-abdominal), l'inspection oculaire et, en certains cas, par l'examen histologique.

En effet, en dehors des hémorragies atipiques qui annoncent souvent l'apparition du cancer chez les femmes arrivées à la ménopause et chez les jeunes bien réglées jusqu'alors, il faut rechercher les antécédents d'une inflammation péri-utérine, d'origine puerpérale ou extra-puerpérale, dont on trouve toujours les reliquats, qui se traduisent par l'induration et le raccourcissement dans les replis de la séreuse pelvienne ; circonstance à retenir quand on veut juger de la mobilité de l'utérus.

Parfois, ces lésions sont survenues à la suite d'une infection gonorréique et la malade les oublient dans son histoire, parce qu'elles n'ont donné lieu à des troubles généraux; mais il y a d'autres signes qui les décèlent au praticien. Ces signes sont les phénomènes douloureux qui accompagnent et suivent les menstruations et ceux qui ont pour siège la fonction intestinale en cas d'adhérence ou la miction par les déviations de l'utérus, consécutives à l'inflammation.

Si ces troubles, connus par l'anamnèse, se sont présentés depuis longtemps, et nous constatons, par l'examen vaginal et recto-abdominal, l'existence d'une rétraction dans les ligaments larges ou dans le replis de Douglas, sans une augmentation de son épaisseur et inégalité dans sa surface, coexistants avec un cancer du col de limitation apparente et rendant impossibles les mouvements de l'utérus, nous pouvons presque affirmer qu'il n'y a point d'infiltration néoplasique et que l'hystérectomie est indiquée.

Si, au contraire, ni l'anamnèse, ni les renseignements de la malade ne révèlent des troubles imputables à une inflammation péri-utérine, mais si l'examen génital montre l'existence d'un cancer du col bien limité en apparence et en même temps une induration inégale, comme nodulaire, dans les ligaments larges ou dans les replis de Douglas, qui fixe l'utérus, l'empêchant de répondre aux tractions, alors on ne doit pas tenter l'hystérectomie, car la récidive surviendra peu de temps après l'opération.

Dans les cas d'ectropion chronique, sans lésion péri-utérine, ayant l'aspect d'un épitélioma, seul l'analyse histologique peut éclairer le diagnostic pour décider de l'intervention nécessaire.

En faisant une étude consciencieuse des résultats tirés de l'hystérectomie vaginale jusqu'à présent, d'abord on remarque que les succès plus durables sont ceux des cas opérés dans le commencement de la lésion, et si nous analysons les statistiques antérieures à 1886 et les comparons avec celles publiées dès l'époque précitée jusqu'à l'heure actuelle, nous verrons que, à mesure de la concurrence du cas, les résultats immédiats et tardifs de l'opération ont été meilleurs.

Voici les principales causes qui contribuent à ce que cela arrive.

Tout professeur qui compte plus de dix ans de pratique de la spécialité et qui dirige des consultations publiques fort nombreuses, aura pu constater l'*éducation pathologique* (c'est le mot) acquise pour la femme avec ses fréquentes visites dans ces centres hospitaliers. Heureusement pour elle, aujourd'hui la femme se rend compte du plus léger trouble survenu dans ses organes génitaux ; et dans l'horreur qu'elle expérimente à la seule idée que sa maladie puisse être un cancer

de l'utérus, elle se soumet souvent à l'examen, sans avoir qu'un léger catarrhe vaginal, par exemple.

Il y a des femmes dans les consultations publiques, qui connaissent les noms techniques et les symptômes de quelques maladies, et parfois les interventions chirurgicales nécessaires pour les guérir. Et cette intimité et ces confessions mutuelles établies entre les femmes, ne font qu'augmenter le nombre des cas opérables.

D'autre part, nous comptons parmi les causes indiquées, avec la perfection acquise par les gynécologistes dans le diagnostic de la limitation du cancer et le domaine dans la pratique de l'hystérectomie, dont la technique opératoire a été simplifiée à un point extraordinaire.

Il faut espérer, qu'en augmentant l'éducation de la femme dans ce qui a rapport aux maladies de son appareil génital, et bien convaincus tous les médecins de l'action nuisible de certaines médications topiques sur le cancer du col de l'utérus, connaissant en détail les indications de l'hystérectomie pour en faire le premier et unique remède, un jour arrivera où ce *point noir* de la gynécologie (la curabilité du cancer) pourra avoir une solution satisfaisante, de même que l'on eut d'autres lésions des organes génitaux qu'on croyait incurables il y a bien peu d'années.

Conclusions.

1° L'hystérectomie vaginale est indiquée dans le cancer de l'utérus, si la néoplasie est limitée à la portion libre du col ou seulement a envahi le tissu utérin sans dépasser ses limites. L'extirpation totale de l'utérus est aussi indiquée dans le cancer de la muqueuse, soit qu'il reste limité au canal cervical ou bien qu'il s'est propagé à la cavité de l'organe;

2° Nos recherches histologiques nous ont démontré que certaines endocervicites glandulaires avec éversions chroniques sont les avant-gardes du cancer du col, et quelquefois constituent sous cette apparence l'épithélioma initial du col. Ces cas sont vraiment justiciables de l'hystérectomie, seule opération qui offre les plus solides garanties de guérison;

3° La mobilité parfaite de l'utérus est le signe appréciable, le plus caractéristique, de la limitation du cancer dans le tissu utérin; mais l'immobilité relative n'indique pas non plus l'envahissement des tissus péri-utérins et c'est pour ça qu'on doit faire avec exactitude ce diagnostic d'avance par les antécédents et l'examen combiné;

4° Cette distinction est d'autant plus nécessaire, qu'il peut arriver

de prendre pour une infiltration cancéreuse ce qui n'est autre chose qu'une induration inflammatoire d'un des ligaments larges ou du péritoine de Douglas. Une de nos opérées depuis cinq ans et chez laquelle le cancer n'a pas récidivé, témoigne la nécessité de ce diagnostic ;

5° On doit faire la résection de toute partie de la muqueuse vaginale qui est ulcérée ou légèrement violacée ; au contraire, on s'expose à voir survenir la reproduction immédiate du cancer.

6° L'extirpation totale ainsi que la partielle de l'utérus est toujours suivie d'une notable amélioration de l'état général des malades, et la reproduction dans la première est moins fréquente si le cancer est glandulaire ;

7° A présent, on n'est pas autorisé d'affirmer la guérison du cancer de l'utérus, même avec l'hystérectomie faite à temps. Ce sera question de l'avenir que de résoudre ce point noir de la gynécologie, comme de la pathologie.

SUR QUELQUES MALADIES DE LA MATRICE CONSIDÉRÉES COMME CAUSES DE MALADIES SÉRIEUSES, SURTOUT LE CANCER DES MAMELLES

par M. **C.-H. Ronth** (Londres).

Mon intention était d'écrire un rapport assez étendu sur trois maladies de la matrice, avec exemples comme causes principales de trois maladies des mamelles. Une maladie assez grave m'est malheureusement survenue, et ceci ne m'a plus été possible. Je ne sais si le précis, que je vous envoie, vaut la peine d'être lu, mais au moins ce serait peut-être un moyen de diriger parmi les membres du Congrès des intelligences plus élevées, et des médecins placés dans des positions plus favorables, à préciser cette question. Parmi nous il y a à peu près quarante ans, un gynécologiste occupait une position inférieure. Les professeurs qui examinaient les candidats pour le doctorat, ignorait entièrement le sujet. Et c'était même considéré immodeste et dégradant de visiter une femme. Heureusement tout cela est changé à présent, et le sujet de ce mémoire peut être maintenant favorablement discuté et un résultat pratique obtenu. Voici la seule raison qui m'encourage à vous envoyer le précis ci-joint.

Nous savons tous qu'il existe une grande sympathie entre les organes pelviens et la mamelle, nous savons aussi les douleurs que les femmes éprouvent lorsque les règles se présentent, et les gonflements des mamelles. Maintenant je désire distinguer quelques relations particulières, et, la variété de ces relations, d'abord, la grandeur de la glande propre, celle de la mamelle, provoquée par une inflammation du côté de la matrice; dans ces circonstances, la mamelle d'une femme ordinaire devient énormément grande, par exemple : « comme la tête d'un homme », et, on peut tracer comme des cordons les tubes lactéales qui sont durs et résistants, tandis que le parenchyme de la mamelle est très peu affecté, ces personnes sont pour la plupart d'une nature strumeuse et assez grosse. J'ai reconnu que cette condition dépend d'une hypertrophie du col de la matrice. Dans un cas que j'ai examiné, les mamelles étaient d'une grandeur énorme et si lourdes, que c'était avec difficulté que la pauvre femme pouvait les maintenir dans son corset, il y avait très peu de symptômes du côté du vagin, mais en faisant l'examen, je trouvai un allongement du col qui aurait pu passer pour un organe mâle; cet allongement était d'à peu près six pouces et d'une grosseur de un à deux pouces; lorsque cette personne se levait, l'allongement se projettait extérieurement, de façon que le sexe de l'individu était difficile à reconnaître. Considérant d'autres cas pareils, je pratiquai l'opération, et, j'extirpai cet organe, le col complètement; les résultats de l'opération furent extraordinairement beaux, car, l'hypertrophie dans les mamelles disparut complètement, et, elles devinrent insignifiantes. Cette femme, dont la guérison fût complète, est malheureusement morte de phtisie cinq ans après, après avoir pris froid.

Deuxièmement, il existe encore une hypertrophie, mais, cette fois, non dans la glande propre, mais dans le parenchyme, et ayant trouvé ce cas, je dirai qu'il fût très remarquable : C'était une demoiselle charmante d'apparence et aussi extrêmement modeste, pourtant, étant tombée amoureuse d'un jeune homme; il fit tout pour essayer de la séduire, mais, ce n'est qu'après bien des refus que la jeune fille lui permit enfin de s'amuser avec sa personne; il la masturba donc et de plus, s'amusa à lui sucer ses mamelles; je n'oublierai jamais ce triste fait; à regarder cette demoiselle habillée, on éprouvait une véritable sensation et on se sentait pris d'admiration pour la beauté de sa personne; mais quel triste état! Car, du moment où sa poitrine se trouvait exposée, on éprouvait un sentiment d'horreur. Deux énormes mamelles aboutissaient jusqu'à ses cuisses; la pesanteur d'un de ses seins était de onze livres... et l'autre de neuf.

Cette hypertrophie avait sans doute été produite par les mauvaises habitudes de cette pauvre femme, mais sans doute aussi par les suctions que lui avait faites son amant, car ordinairement, j'ai plutôt remarqué, que les femmes qui se masturbent ont généralement de très petites mamelles.

Troisièmement, lorsque dans l'intérieur de la matrice, spécialement vers le fond, il existe une inflammation quelconque, ces femmes éprouvent immédiatement des douleurs dans les mamelles ; c'est ce qui explique bien souvent les douleurs que les femmes éprouvent au retour. Maintenant, je suis persuadé qu'un grand nombre des cas de cancers aux mamelles ont leur fond d'origine dans la matrice. J'ai fait une étude à cet égard, et, j'ai reconnu plusieurs cas, où une maladie de matrice avait précédé le développement d'un cancer dans la mamelle, aussi, je trouve que c'est une nécessité absolue, lorsqu'une femme approche le retour et se plaint de douleurs dans les mamelles, de traiter la matrice en premier lieu. Dans un cas, où j'ai dû opérer un cancer dans la mamelle, tout réussit merveilleusement, et pourtant, malheureusement, plusieurs points du cancer se développaient continuellement dans la plaie qui avait été guérie ; de temps en temps, je réussissais à les détruire avec du brome, mais toujours ces points reparaissaient. Après plusieurs questions posées à la personne, j'apprends qu'elle avait aussi une douleur à l'autre mamelle, mais comme elle refusait de me laisser l'examiner, je lui fis comprendre qu'un second cancer pourrait lui survenir dans cette autre mamelle, et pour cette raison, elle me permit de la visiter. Dans cet examen, j'ai trouvé dans l'intérieur de la matrice, l'ulcération bien étendue ; par bonheur j'ai pu la guérir et depuis ce moment, aucun point cancéreux n'a jamais reparu, et, depuis cette opération, il y a de cela huit ans à peu près, la personne continue à se très bien porter.

ON INTRA-UTERINE TREATMENT ITS OBJECTS AND LIMITATIONS

By **T. More Madden** (Dublin).

In the wide domain of modern gynæcology it would I fear be almost hopeless at the present day, to discover any field of pathological or therapeutic research from which a harvest has not been already reaped.

Hence in the present response to the courteous invitation of our distinguished Colleague D[r] Jacobs, Honorary secretary of the Congress, desclaiming any such vain ambition. I shall venture to offer a few observations on a subject of considerable practical interest, namely the scope and limitations of endo-uterine therapeutics, in the hope of submitting my former views, as corrected by the light of my more recent experience, to the judgment of those, whose verdict is so well entitled to respect, as the members of the First International Congress of Gynæcology and Obstetrics. The contrast between the gynæcological practice of the present day, and that in vogue when I began the special study of that branch of medicine (close upon a quarter of a Century ago) is most evident in the certainty by which endo-uterine diseases, then practically beyond the possibility of either diagnosis or remedy — may now be accurately recognized and effectively dealt with. Nevertheless, several points of practical importance with regard to the scope and utility of various plans of intra-uterine treatment, the circumstances wich call for their application, and the procedures by which they should be carried out, still remain matters of controversy, concerning which the verdict of professional opinion has yet to be pronounced. That judgment must obviousley be based on the records of clinical observation. Nor can it be useless to our efforts at further progress, if, in approaching this question, we should devote a few moments to reviewing what has been already accomplished, as a preliminary to discussing the methods by which new advancement may be made. Therefore having on former occasions endeavoured to contribute my mite to the improvement of this branch of gynæcology, in returning to the consideration of its present development I may avail my self of some of my earlier notes and observations in elucidation of my more recent experience of the intra-uterine treatment of certain chronic, inflammatory, congestive, or hyperaemic affections.

The employment of remedies or chirurgical methods directly applied to the internal surface of the uterus is hardly quite so novel as is commonly supposed. Our return to long, if forgotten ancient ways in this, as well as in other practices in modern gynæcology, is well exemplified by the anticipation in the sixteenth and seventeenth centuries of methods of dilating the cervical canal, and applying escharotics to the endometrium very similar to those re-discovered or re-introduced by Marion Sims, Kidd, Hegar, and others, amongst whom the name of Simpson altrough somewhat earlier, stands pre-

eminent. The latter's suggestion of the employment of sponge-tents for dilatation of the cervical canal, as vell as of the uses of the uterine sound in cases of womb disease, before regarded as beyond the reach of any certain means of detection or possibility of removal, is still remembered by some of our senior colleagues as having been hailed as « the commencement of a new era in uterine surgery ». Although as just observed endo-uterine exploration or treatment was thus recommended in what especially by those unacquainted with the literature of that period-are now regarded as « the dark ages of medicine »; and although early in the present century ineffectual attempts were made at the resuscitation of these procedures — firstly, by Dr Mc. Intosh of Edinburgh, and somewhat later by Dr Blundell of London, who, on this as on many other gynæcological questions, was far in advance of any of his contemporaries — nevertheless, not more than forty years since, when Simpson taught the use of sponge-tents and of the sound for intra-uterine exploration the former had fallen into complete desuetude. Whilst, as to intra-uterine medication comparatively little if any thing was known even twenty years ago, when I was Assistant-Physician to the Rotunda Hospital, where the only endo-uterine treatment then employed in that institution was the introduction of a stick of nitrate of silver, broken off and left in utero in some instances of menorrhagia, and which, as thus applied, without preliminary dilatation, was probably more frequently followed by metritis or cellulitis than by the cure of the disease it was intended to relieve.

With regard to the more practical aspects of this subject viz, the methods of modern intra-uterine treatment, and the conditions by which this is called for, whatever may be the value of the following observations, I may at least claim that they are founded on a somewhat large clinical experience in the wards under my charge at the Mater Misericordiæ Hospital, where of the cases therein admitted during the last eighteen years, in thirty five per cent, intra-uterine exploration or treatment was found necessary; these cases including every form of gynæcological disease in which topical treatment might be resorted to when not otherwise specially contra-indicated.

Essentials of endo-uterine Therapeutics. — There are two points essential under all circumstances, for any effective intra-uterine treatment. In the first place, the orifice and cavity of the uterus, if not already sufficiently dilated, should be previously mechanically expanded for this purpose. Secondly, whatever application may be resorted to should be brought into direct contact with the diseased

endo-uterine structures. These propositions will, perhaps, appear too oself-evident to need any notice here; nevertheless as any failnre in intra-uterine medication arises in nine art ot ten cases, from this neglect, a few practical observations on these two points may not be superfluous in this connection.

METHOD OF RAPID DILATATION OF OS UTERI.

Until a recent period the only means available for opening the cervical canal and os uteri for endo-uterine treatment was the use of comparatively slowly expanding tents, which whether in the forms of the older fashioned sponge-tents recommended by Simpson, or the laminaria or tubulo bongies and tents subsequently advocated by Sloan and others, effected their purpose at the cost of much time and pain, as well as of some risk from their employment. Neverthelees, such tents to the present day are extensively sold by the instrument makers, and hence must be yet approved of by some practioners.

Why this should still be the case seems difficult to understand, inasmuch as those antiquated methods may be now replaced by the more rapid and when used in suitable cases, and with proper precautions, as I believe, generally safer plan of immediate mechanical expansion by means of any of the various uterine dilators suggested by Hegar, Lawson Tait, and more recently and effectively by Duke and others. In this connection I may, however, venture to express a preference, in most instances, for the rapid cervical dilator which I myself designed, and which from experience of its employment in many hundreds of cases in hospital and private practice, I have found a generally effectual means of speedily obtaining sufficient expansion of the os uteri for endo-uterine treatment.

USES OF THE UTERINE CURETTE.

As already pointed out, no intra-uterine application can be of any avail unless it reaches the surface on which it is designed to act. The practical importance of this essential but often neglected factor in uterine therapeutics is more especially obvious in the closely allied instances of chronic corporeal endo-metritis and sub-involution, in both of which (and more especially the former) the lining mucons membrane of the womb is either overlaid by an impervious pseudo-membraneous albuminoid neoplasm, evolved from the proli-

ferating cilia of the diseased surface, or else so thickly covered in the tenacious morbid secretion therefrom as to effectually protect the underlying tissue from the action of any remedial agent introduced into the uterine cavity. It was therefore suggested by Dr Atthill, several years ago, that with the view of overcoming this difficulty, intra-uterine medication should be chiefly restricted to the period of denudation immediately after the menstrual epoch. This suggestion however would restrict intra-uterine thérapeutics within extremely narrow limits, nor does any gynæcologist, including I am sure my distinguished friend Dr Atthill, now find it necessary to postpone uterine treatment merely to hit off the post-menstrual period, inasmuch, as we may, in cases of endo-metritis or sub-involution, for instance, remove at any time the pseudo-membrane and secretions just referred to by the use of one or other of the many forms of uterine curettes, of which within the past few years so many forms have been supplied by the ingenuity of Drs Thomas Emmet, Duke and others, and so it will bring our remedies into direct contact with the truce intra-uterine surface.

Curettses. — Of curettes for endo-uterine use the choice as I have before observed, is now large; and probably every gynæcologist thinks the one he uses better than his neighbour 's. From this weakness I cannot claim any special exemption as for some time past I have chiefly confined myself to the use of the adjustable curette, or as I prefer to call it, the uterine scoop, here exhibited, and which I have devised with the view of obtaining greater power of manipulation within the uterine cavity, so as to insure the most thorough denudation of the parts to which it is applied. This instrument differs somewhat in principle, as well as in form and material from Thomas and other American curettes generally employed, the scoop or blade being made of hard silver, somewhat larger as well as sharper, and capable of being set at any desired angle in utero by a screw adjustment in the handle, so as to more effectually scrape away the structures to be removed, and also by the consequent hæmorrhagic depletion thus caused relieve the vascular tension of the uterine tissues in cases of congestive hypertrophy.

Visual examination in relation to endo-uterine therapeutics and diagnosis. — In direct connection with endo-uterine therapeutics and the diagnosis of the morbid conditions of the endometrium that demand their application, and which either have their starting point in lacerations and cervical lesions, or else the existence of which, though corporeal or fundal in their origin, is evinced by the aspect

of the vaginal portion of the uterus, I may again refer to some previous observations in which I pointed out the importance of sufficient illumination in the diagnosis and treatment of some of the diseases referred to, as well as the errors arising from the neglect of this consideration, and described the various means by which direct sunlight may be replaced for visual examination of these parts. There is however I remarked still room for further improvement in this respect, and the difficulty of making a satisfactory visual examination of the vaginal portion of the uterus which might throw light also on various forms of endo-uterine disease, still frequently presents itself even in the gynæcologist's consulting room, where the couch is most advantageously placed with reference to light, and this trouble, as I may now respeat, is of course still more commonly met with in the patient's chamber, where the bed is often so situated as to preclude full access of natural light into the speculum. Nor is this deficiency supplied by any of the electric speculum lamps that I have myself as yet employed, these being apt to fail us at the moment their aid is needed as, owing to some one or other of the defects either in battery, connections, or lamp, that are of such continual occurrence in electric apparatus, on pressing the button, instead of the brilliant flood of light expected, the result obtained may be either nil or else merely the chill-red glow of the incandescent carbon filament.

On the other hand, if we content ourselves with the more reliable, if less elegant bit of candle end, still recommended by some authorities for this purpose, the necessity for holding it so as to throw some light into the speculum, must largely interfere with any manipulation required by the case.

I would therefore again suggest to other practitioners, who may meet whit the difficulty referred to, a trial of the simple but efficient appliance made for this purpose in accordance with my suggestion, by M. Linch, Aldersgate street, London; and which I have found useful and handy under such circumstances. This instrument is merely a very portable, many-jointed light-holder, capable of rotation in every direction, that can be instantly and securely affixed to any speculum so as not to be in the Surgeon's way whilst affording reliable light for examination or operations in the vaginal portion of the uterus. I may also observe that I have found Dr Duke's cervical and flushing curettes of great value in intra-uterine treatment the former of which is especially useful in removing that viscid mucoid secretion by which the cervical canal is generally blocked in cases of endo-metritis, and so facilitating the application of remedies to the

internal surface of the uterus; whilst the latter, or new flushing uterine curette, combining the functions of curette and irrigator, possesses obvious advantages in dealing with these cases.

Uterine Irrigation with hot water. — The one endo-uterine remedy the utility of which in every form of chronic, inflammatory or congestive disease of the endometrium is universally acknowledged, is frequent and long-continued hot water douching or irrigation for the purpose of inducing contraction of the congested vessels, and improving the local circulation. As to the method by which this intention may be carried out, there is however, an unfortunate discrepancy betveen the actual practice commonly adopted, and that which should be employed. Many years ago, in the « Transactions of the Dublin Obstetrical Society », I called attention to the dangers of uterine injections with the ordinary syphon syringe, exemplifying this by the clinical history of some cases then referred to, and at the same time exibiting an irrigator which I suggested as a substitute for the ordinary syringe in all cases, and which I still think possesses the advantages of greater simplicity of form convenience and facility in its employment, and efficiency in its action over instruments of a similar kind. This irrigator, having been since appropriated or copied by others, without any acknowledgment, from the third volume of these seldom consulted Transactions, has recently with my consent, been reproduced by M. Arnold and Sons, London as well as by M. Corcoran of Dublin, and Weiss of London and Manchester. Therefore its uses may be here briefly referred to, inasmuch as notwithstanding the several dangers and inconveniences connected with the employment of the ordinary syringe, especially when used for intra-uterine purposes, such, for instance, as the injection of air, or the production of metro-peritonitis from undue force, as well as the risk of thus driving the injected fluid through a patulous Fallopian tube into the peritoneal cavity or through the dilated uterine sinuses, in recent cases of subinvolution, into the circulation and so cause sudden death from embolism of which many cases have been-recorded the syringe still holds a place in the gynæcological armamentarium. Moreover, to the present day, that instrument is still regarded as an almost indispensable adjunct in the treatment of nearly all the diseases peculiar to women, and is employed by them without any special caution or apprehension of possible mischief therefrom.

Without further reference, however, to the dangers that may attend the use of the syringe, its complete inefficacy in the treatment of

endo-metritis should also be borne in view. In such cases, to produce any permanently beneficial effect from the local application to the endometrium of hot water, it is obvious that this must be kept in contact with the congested surface for a considerable time, and be applied with uniform force and at a uniform temperature on each occasion. None of these intentions can possibly be carried ont by the patient with an ordinary syringe, whilst all of them may be obtained by the employment of an irrigator such as that before yon, by which a gentle continuons stream of water may be readily conducted, at any desired temperature, and far any required time into the uterine cavity.

Endo-Uterine treatment in Congestive Hypertrophy of the womb. — The majority of cases in which topical applications to the lining membrane of this organ may be called for are instances of congestive hypertrophy ending in areolar hyperplasia or as it was formerly called, chronic inflammation of its structures, or endo-metritis. Whether inflammation had really any thing to do with morbid conditions now referred to or not, is a question which was long debated, and which as far as our present purpose is concerned, may be regarded as affecting names rather than facts. It matters practically very little which of these or other, suggested terms be employed by pathologists, provided only that it be one not liable to mislead the practitioner as to the necessity for that topical treatment, the importance of which in these cases is now generally recognised. I have already alluded to the improved methods of local exploration at present available for the recognition of these conditions, the existence of which could formerly only be inferred from concurrence of various symptoms, many of which may be also present under other circumstances. Of the symptoms thus relied on, the most constant are a sense of uterine fulness, obscure pelvic discomfort or pain, and displacements, particularly retroversion or retroflexion, from the weight of the congested or hypertrophied fundus. Besides, there is generally menorrhagia or dysmenorrhoea, or both, as well as uterine leucorrhoea.

Lastly, in this connection, must be mentioned the various constitutional sympathetic disorders of the general health, and more especially those manifestations of hysteria and other reflex cerebronervous disturbances, which are so intimately associated with all uterine disease.

Subinvolution. — What has been just said with regard to endometritis is equally applicable to the next most frequent disease

in which intra-uterine treatment is required viz-Subinvolution of the uterus, as the latter cannot exist without the former; and hence the several methods of topical treatment available in both these complaints may be included together in the present summary of my clinical experience of intra-uterine therapeutics. In this I shall refer, firstly, to the management of those more common instances in which we have to deal with the milder forms of corporeal endometritis and subinvolution in which the disease is comparatively recent and has not progressed to the graver pathological changes, which be subsequently alluded to as consequent on the neglect and extension of this condition; and secondly, we may consider the more active treatment required in the latter cases.

Iodine and tanno-terebinth, of the many topical methods I have tried in the treatment of congestive hypertrophy which is generally associated with subinvolution of the uterus, I have obtained the most satisfactory results from the free application to the endo-uterine surface of a strong solution of iodine in glycerine of carbolic acid, which in some instances of chronic subinvolution may be followed by the introduction of a small tampon soaked in a saturated solution or mixture of tannic acid and rectified turpentine. This preparation, which for lack of a better name, may be described as Tanno-terebinth, has been prepared for me by Mesr. Hamilton and Long, Dublin, to whom I am indebted for the time and trouble they have given to carrying out my suggestion, and forms a creamy oleaginous fluid, which, when employed in the manner referred to, and left in utero, acts as a powerful local astringent on the congested endo-uterine membrane, rapidly relieving the local vascular tension; and secondly, as a foreign body excites muscular contraction of the uterus, and thus generally ensures its expulsion within twenty-four hours from that organ. I know of no means by which, in suitable cases, an engorged and dilated uterus may be more speedily restored to some approach to its normal condition than this.

And hence, although obviously unsuitable in all cases where any active congestion or inflammatory action is present, I would recommend a trial of this agent inotherwise appropriate instances of the kind above referred to. I need hardly repeat that to use this application safely the os must be thoronghly dilated, the size of the tampon must be proportionate to that of the uterine cavity, and it must be so secured by a ligature as to be easily withdrawn should any symptoms supervene rendering this necessary.

The glycerine tampon, for which as a cervical application we were

indebted to the late Dr Marion Sims, still holds its place in the cases now under consideration, as one of the most efficient means of relieving the vascular congestion, not only of the cervix, but of the endo-uterine tissues, the profuse serous exudation thus produced on the lower segment of the uterus to a large extent extending upwards to the contiguous structures, and in some cases of corporeal endo-metritis, thus affording curative results which cannot be so readily obtained by any other method. At the same time the action of glycerine in this way is not devoid of objections.

In the first place, it is messy and incommodious to the practitioner who has to prepare and introduce the saturated tampon; and secondly, the profuse watery discharge following its introduction, is a source of discomfort often much complained of by the patient, and when long persevered in, as must frequently be the case, is apt to produce troublesome excoriations of the external parts, more especially if the glycerine be not of the purest quality.

Boric Acid. For the foregoing reasons I now comparatively seldom resort to the glycerine tampon, finding that I can obtain very semilar benefit, without those disadvantages, by the dry boric acid treatment recently advocated by Dr Duke (British Medical Journal Sepre 1890).

Adopting his recommendation I have during the part few years employed this agent by his insufflator and tube as an endo-uterine application in a considerable number of instances of congestive hypertrophy or subinvolution, and so far have found that in most instances it possesses the advantages claimed, being aseptic, cleanly, and facile in use, whilst efficient as a powerful local astringent, and also in a minor degree producing serous exudation, and thus depleting the hyperæmic uterus.

I shall not occupy time by any reference here to massage, electricity, or any of the numerous other methods that have been recommended in the treatment of the cases under consideration. Inasmuch as having from time to time made trial of most of these, including the two former, and finding they have not fulfilled the promises held out by their advocates I have therefore ceased to employ them.

Nitric Acid and other endo-uterine Escharotics. — The foregoing methods, however useful in the ordinary cases of corporeal endo-metritis or congested hypertrophy of which as before observed, the most common exemplification is met with in connection with subinvolution of the uterus are, unfortunately, generally ineffectual in the treatment of some of the graver forms of so-called chronic endo-metritis. In such cases of long-standing local hyperæmia the lynig

membrane and submucous tissues of the uterus are disintegrated and altered by the erosion of the mucous membrane and destruction of the normal ciliated epithelium, and the consequent pathological adenomatous changes in the uterine structures which have been well described by Professor Palmer of Cincinnati, in his able monogram « On the inflammatory affections of the uterus ». In these cases, as Dr Palmer points ont, the mucous membrane thus disintegrated is replaced by polymorphous cells, with a pavement-libre epithelium. The whole membrane, the utricular glands included, becomes atrophied, a layer of connective tissue lines the cavity, covered only perhaps by polymorphous cells ; or the membrane within which are minute cysts of degenerated glands may be transformed into a callous structure of varying thickness. Before undergoing general atrophy, however, these glands commonly take on cystic degeneration from localised atrophy of their orifices, and then present the appearance of rounded hemispherical projections, or pedunculated tumours varying in size from a pin-head to a large pea, elastic to touch and with transparent contents. These glands may likewise be greatly hypertrophied cystic or glandular polypi. Assciated with the above conditions are the so-called vegetations, granulations, or fungosities. They resemble somewhat papillary epithelioma, and may degenerate it into that condition. Also, there may be detected pit-live excavasions and elevations formed by the rupture and falling ont of the glands (1).

It is obvious that under such circumstances the methods of treatment already described as generally sufficient in ordinary cases of congestive hypertrophy and subinvolution of the uterus, would be wholly inadequate, and must be replaced by more active measures, amongst which the thorough removal as far as possible of the diseased structures by the curette holds a primary place. This procedure should moreover, be then supplemented by the use of remedies by which not only the disorganised surface, but also the deeper-lying implicated uterine tissues may be reached. Of these unquestionably the most potent, but unfortunately the least manageable, is the actual cantery, and in my own practice Ihave now tried every form of cantery that can be thus applied to the endo-uterine surface, including the old-fashioned cantery iron, the thermo and electro-cantery, and having found it impossible to either reach all the diseased structures or to

(1) Vide « System of Gynæcology by American Authors » 1889, vol. 1. p. 510.

restrict the action of the cautery to these, have been obliged to discard their intra-uterine employment. In this connection I may, however, observe that the actual cantery, when applied to the external or vaginal surface of a congested cervix in the form of igni puncture will not only be found in many instances of great local benefit, but my also prove of much larger utility than is generally known in the way of reducing the corporeal and fundal vascularity and hypertrophy of a chronically congested and enlarged uterus in some cases. Next in power, and far before the actual cantery in practicability for extra-uterine purposes, is the potential cantery, or in other words, any of the strong acids that may be thus used as escharotics. Of the latter, the most efficient in suitable cases, and with due precaution the most manageable, is fuming nitric acid, the advantages of which in this way were familiarised by the taching of Dr Kidd, Dr Atthill, and other gynæcologists of the Dublin school, before they were elsewhere known. In the use of this or of any of the other escharotics, such as chromic or sulphuric acids the acid nitrate of mercury, etc., which may be occasionally substituted for the nitric acid for endo-uterine application, it is of course, equally necessary that the cervical canal and os uterum should be thoroughly dilated, that the posterior vaginal wall be well protected by the duckbill speculum, and the uterus drawn down as nearly as possible to the vulva by the vulsellum, so that its cavity may be effectually swabbed ont by the escharotic. In this way the whole charge of acid may be expended on the affected surface without much risk of injuring the vaginal walls or external parts, which, however, should be well anointed with vaseline beforehand. Immediately after the application the uterus and vagina should be washed with an alkaline solution, and common soap and water, is as good as any that can be employed for the purpose, and if pain be complained of, a morphia suppository introduced.

When thus used nitric acid may generally be safely employed in those cases of intra-uterine disease in which its application is necessary, and to which I need hardly add its use should be restricted.

I have only in conclusion to add that, whilst fully recognising as I do, the great importance of the methods of intra-uterine therapeutics just referred to, I cannot at the same time, refrain from again observing that at the present day there is unquestionably a general tendency to rely too exclusively on topical treatment in all uterine diseases. I have elsewhere discussed the constitutional relations of various chronic intra-uterine disorders, more especially as seen

in patients of strumons or gouty diathesis, and would therefore once more urge the necessity of conjoining appropriate constitutional treatment with whatever intra-uterine medication may be required in any case that comes before us in gynæcological practice.

THE HISTORY OF THE DEVELOPMENT OF THE PLACENTA IN TUBAL GESTATION (ABSTRACT).

By **C. N. Dixon Jones,** (New-York).

Whenever the impregnated ovum settles in the cavity of the Fallopian Tube, an attachment of its decidua takes place to the wall of the tube, at first to its mucous layer. The decidua at first grows around the folds of the Mucosa and soon produces changes leading to a transformation of the constituent elements of the tubal Mucosa into decidual tissues. It is more especially the columnar epithelial layer of the tubal Mucosa that undergoes pronounced changes. These changes have been studied in the columnar epithelia of the uterus, in normal pregnancy, by Edward A. Ayers, in 1891. This author demonstrates that the uterine epithelia by proliferation change into embryonal tissue from which arises the myxomatous tissue of the decidua. Previous writers have also noticed such a change of the epithelia of the utricular glands; but assuming that epithelial tissue can never change into another tissue, they have considered the decidual tissue entirely of epithelial origin. I have made a study of this topic in the earliest stages of tubal pregnancy for a period of more than one year, and have arrived at conclusions identical with those of Dr. Ayres.

As soon as the decidual tissue reaches the columnar epithelia of the tubal mucosa, pronounced changes are produced in them. First the cilia are lost; next the epithelia increase in size, and occasionally neighboring epithelia coalesce into one body by a liquifaction of the intervening layer of cement substance. The living matter in the interior of the epithelia is considerably increased in amount; the granules, (the points of intersection of the reticulum), grow at first into small homogeneous masses, which afterwards become vacuoled, and finally nucleated. Thus from a single original columnar epithelium, a large number of embryonal or medullary corpuscles, originate by a so called endogenous proliferation, and a new formation takes place. By the coalescence of two or more neighboring epithelia, large protoplastive bodies, (the so called giant cells) are produced; these are filled with embryonal or medullary corpuscles. All of these new formations remain in an uninterrupted and living connection, united by delicate threads of living matter, traversing the light spaces between them. At first, all of these new bodies are characterized by a pale brown tint and the lack of carmine stain, so characteristic of epithelia in general. Later on the embryonal corpuscles lose their brownish tint, become more finely granular, are infiltrated with basis substance, and are thus directly transformed into decidual tissue. I claim therefore, that the epithelial layer of the tube wall, is transformed

into myxomatous, decidual tissue, and today, this is admitted generally by histologists to be a variety of connective tissue. Following these changes in the epithelia, there is a direct penetration of the decidual tissue into the interior of the mucous folds of the wall of the tube, and thus the wall of the tube is transformed, soon afterwards, into decidual tissue in all its constituent parts namely, the fibrous connective tissue, blood vessels, and smooth muscular fibres. At the point of attachment of the decidua, the constituent elements of the tube wall are likewise changed into decidual tissue as far as the peritoneal layer; As has been shown by Lawson Tait, the villi grow into the Sinuses of the tube wall « with a Simultaneous enormous increase in the diameter of the vessels of the tube » and the peritoneum becoming thinned and softened by the same change, finally yields to the pressure of the growing embryo, and bursts.

Quite recently a German gynæcologist, C, Klein, has drawn attention to the changes in the columnar epithelia in tubal pregnancy. All he claims is that the epithelia become broadened and flattened out. I, on the contrary, can prove, that, the epithelium breaks up into embryonal elements and completely disappears by being transformed into decidual tissue.

In the fourteen specimens of tubal pregnancy studied by the author, some obtained by laporotomy *in viva*, some by coroner's post mortem examination, several cases were advanced beyond the third month. In these specimens I had a chance to study the manner in which the villi of the placenta grow, a topic first studied by Reitz in 1865.

First the epithelial layer of an already formed villus, is thickened, mostly at the apex of tho villus. At this point the epithelium grows up into a layer, (at first, homogeneous and afterwards granular) by the fusion of a number of epithelia and the disappearance of the intervening cement substance. Thus a bud is formed at the apex of an older villus, in which at first no nuclei and no differentiation are visible. Later on in the middle of the bud such a differentiation takes place, a hollow space appears, which proves to be a future capillary blood vessel, and around this vacuole medullary corpuscles make their appearance, ultimately producing myxomatous connective tissue. This latter connective tissue unites with the central tissue of an older villus and the blood circulation is established by a coalescence of the wall of the vacuole in the bud with older capillary blood vessels of the villus.

The first step therefore towards the formation of a new villus is; a bud produced entirely by the epithelial layer of an older villus. It is only at a later period that in the originally solid bud a differentiation takes place into central vascularized connective tissue, and a peripheral layer of flat epithelia. In regard to the limits of the paper, I have not studied the minute Anatomy of the ectopic placenta in the various varieties of this condition, not its growth in the extraperitoneal form, which has been so well done by Berry Hart, but have confined myself to tubal gestation, wich I believe be the Starting point of most of the other varieties.

The results of the author's studies are; first : The epithelia, under certain conditions, such as the growth of the decidua, may be transformed into myxomatous connective tissue.

Second : The growth of the villi of the placenta occurs by the sprouting or budding of the epithelial layer of the older villi, with its subsequent differentiation into central connective and peripheral epithelial tissue.

TROIS OBSERVATIONS D'ATTAQUES APOPLECTIQUES CONSÉCUTIVES A DES OPÉRATIONS GYNÉCOLOGIQUES

par M. **Lauwers** (Courtrai).

Observation I. — Dans ma première observation, il s'agit d'une malade, âgée de 51 ans, mariée, sans enfants, qui souffrait, depuis seize ans, de ménorrhagies de plus en plus abondantes. A l'exploration bimanuelle, je découvris un myôme interstitiel de la grosseur d'une orange La cavité utérine était longue de 13 centimètres. La malade souffrait en outre d'une affection organique du cœur, et d'anémie prononcée. Dans ces conditions, je m'abstins de pratiquer la myômectomie, qui me parut trop grave, et la castration dont les résultats ne m'inspirent pas une entière confiance ; je me bornai à faire un raclage de la muqueuse utérine dans le but de restreindre la quantité de sang perdu au moment des règles. Ce curettage, pratiqué le 25 juin 1890, fut suivi, le quatrième et le septième jour, d'injections intra-utérines de teinture d'iode.

Le douzième jour, après une courte période d'agitation et de délire loquace, la malade fut frappée d'hémiplégie gauche : paralysie et anesthésie complètes du bras et de la jambe gauches. Quelques mois plus tard, le mouvement et la sensibilité reparurent en partie dans la jambe, mais le bras demeura paralysé jusqu'à la mort. La malade succomba à son affection cardiaque le 21 mars de l'année suivante.

Observation II. — La malade qui fait le sujet de ma seconde observation était atteinte de péritonite cancéreuse, avec ascite circonscrite, localisée aux régions ombilicale et hypogastrique. C'était une fille de 49 ans, qui avait beaucoup maigri depuis quelques mois.

Je pratiquai la laparotomie le 28 juin 1890. Le péritoine pariétal, l'épiploon et les intestins étaient criblés de petites nodosités d'un rouge-vif. Les intestins étaient agglutinés par d'épaisses fausses-membranes. J'évacuai le liquide épanché dans le péritoine, je réséquai un fragment d'épiploon, et après avoir détergé la séreuse avec soin, je fermai le ventre.

Le huitième jour à partir de cette petite opération, la malade, dont l'état avait été fort satisfaisant jusque là, fut frappée brusquement d'hémiplégie droite avec aphasie. Au bout de huit jours, toute trace de phénomène apoplectique avait disparu. La malade succomba, un mois plus tard, aux suites d'une diarrhée profuse et incoercible.

Le diagnostic de péritonite cancéreuse fut établi par l'examen microscopique du fragment d'épiploon réséqué.

Observation III. — Louise V..., âgée de 49 ans, jeune fille, souffrait depuis deux ans d'hémorragies menstruelles fort abondantes. L'abdomen, dont le volume s'était accru insensiblement depuis six à sept ans, avait pris pendant les derniers mois un développement très rapide.

Vomissements fréquents. Inappétence. Miction et défécation régulières. Cœur normal.

Circonférence de l'abdomen, au niveau de l'ombilic : 128 centimètres.

Je ne m'arrêterai pas aux difficultés du diagnostic.

Laparotomie le 22 décembre 1891.

J'enlevai d'abord à la malade un volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire droit.

Je pratiquai en outre l'ablation d'un myôme, gros comme une tête d'adulte. Le pédicule de la tumeur, formé par le sommet de l'utérus, fut lié en faisceaux, à la soie, cautérisé au thermo-cautère, et abandonné à l'intérieur de la cavité péritonéale.

J'extirpai aussi les annexes du côté gauche, et je suturai la plaie abdominale.

Le poids total de la masse enlevée était de 20 kilogrammes.

Vers la fin du jour de l'opération, après quelques minutes d'agitation, la malade présenta tous les caractères de l'apoplexie cérébrale grave : perte totale de connaissance, insensibilité et résolution musculaire générales; pouls petit, très fréquent. Le lendemain matin, le shock apoplectique s'était dissipé, mais il persistait une hémiplégie droite, avec paralysie du coté droit de la face et aphasie. Trois jours plus tard, ces symptômes avaient disparu à leur tour. Toutefois la malade fut prise le 27 décembre d'une incontinence d'urine qui persista pendant douze jours.

La malade quitta mon institut le 29. Depuis ce moment, elle jouit d'une santé florissante.

Messieurs, je me suis borné à vous signaler ces trois observations qui sont, en apparence certainement, et en réalité peut-être, assez disparates. Je les recommande à votre bienveillante attention. En ce qui concerne l'interprétation, la cause et la nature des phénomènes observés, je ne pourrais vous présenter que des hypothèses plus ou moins invraisemblables, et je préfére clôturer ma communication par un bon point d'interrogation.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR GUÉRIR LES FLEXIONS UTÉRINES (CUNEIHYSTÉRECTOMIE)

par M. **Thiriar** (Bruxelles).

Nos moyens chirurgicaux, orthopédiques ou opératoires, nous permettent actuellement de remédier complètement à certaines déviations utérines, telles que le prolapsus, la rétro-version et la rétroflexion; seule l'antéflexion de l'utérus n'a pas encore bénéficié des progrès de la gynécologie opératoire. Son traitement a peu varié; il se résume à faire disparaître, dans la mesure du possible, les symptômes morbides accusés par la malade.

Tous les moyens employés contre l'antéflexion ont été jusqu'ici infidèles, quelques-uns sont même dangereux et si on réussit quelquefois à soulager la patiente, on n'a guère l'espoir de guérir radicalement cette déviation.

Seule la méthode de Brandt (massage suédois) est peut-être assez efficace, mais elle exige beaucoup de temps et de patience de la part de la malade, beaucoup d'expérience et certaines aptitudes spéciales chez le gynécologiste. Ce sont là des conditions que les malades de la classe riche peuvent rencontrer, mais qu'il est bien difficile d'accorder aux malheureuses qui ont besoin de travailler pour vivre. Ce sont ces considérations qui m'ont conduit à pratiquer la cure radicale de l'antéflexion utérine par une opération que j'appellerai cuneihystérectomie.

Cette opération consiste à faire subir au point le plus saillant d'une courbure de flexion utérine une perte de substance cunéiforme à base ellipsoïde. En suturant les bords de l'avivement, on obtient ainsi le redressement et le maintien de l'organe dans sa position physiologique.

C'est là le but de la thérapeutique et la cuneihystérectomie réalise un progrès sérieux. En résumé, j'ai appliqué aux flexions utérines la résection cunéiforme qui réussit si bien dans les ankyloses angulaires du genou.

La malade, que j'ai opérée de la sorte, est une femme de 22 ans, sans profession, accouchée normalement il y a dix-huit mois. Les règles ont toujours été douloureuses, mais c'est depuis cinq mois seulement qu'elle eut de véritables crises à l'époque menstruelle :

vives douleurs, nausées, vomissements. Dans l'intervalle des époques, la leucorrhée était abondante et la miction était toujours difficile.

Entrée dans mon service le 21 juin dernier, il me fut facile de constater l'existence d'une antéflexion complète. Le col était fléchi sur le corps à angle aigu. L'hystéromètre redressait cette déviation. J'essayai l'emploi d'un pessaire qui ne fut pas supporté.

Le 7 juillet je pratiquai la cuneihystérectomie. Je fis une incision de 12 centimètres environ à la paroi abdominale. Mon premier assistant, le Dr Dupré, refoula les intestins de façon à vider le fond du bassin et j'attirai, le plus possible, l'utérus au dehors au moyen d'une pince érigne. Sur l'angle postérieur saillant de la flexion, je fis un avivement elliptique de 2 centimètres environ de large et comprenant toute la largeur de la matrice. Le lambeau enlevé comprenait tout le tissu utérin jusqu'à la muqueuse, non comprise.

L'hémorragie fut peu abondante; je réunis alors les bords de cet avivement au moyen de cinq points de suture en catgut nº 2; l'utérus fut, dès lors, parfaitement redressé et, abandonné à lui-même, il conservait sa position nouvelle. Le ventre fut refermé par trois points de suture et un tampon de gaze iodoformée fut placé dans le vagin pour soutenir l'organe opéré.

Les suites de cette opération furent des plus heureuses : la plus haute température observée fut de 37°6.

A différentes reprises je constatai le résultat parfait de mon opération. L'opérée quitta l'hôpital le 4 août.

Le 6 septembre, l'ex-malade me fit savoir qu'elle n'éprouvait absolument plus aucune douleur. Elle avait eu ses règles la semaine précédente sans aucune difficulté : « elle était admirable de santé », selon son expression.

Cette opération vient, je pense, combler une lacune dans le traitement des déviations utérines; elle est tout aussi applicable à la rétroflexion qu'à l'antéflexion. A la rétroflexion nous pouvions déjà opposer l'hystéropexie ou l'opération de Deneffe-Alexander; nous étions à peu près désarmés contre l'antéflexion.

La cuneihystérectomie n'est pas, il est vrai, très facile à exécuter; après la laparotomie, il faut vider en quelque sorte le petit bassin et réséquer le coin utérin dans la profondeur de l'abdomen; mais avec un peu d'habitude on y parvient et on a tout au moins la perspective de procurer une guérison radicale à des malheureuses qui, sans cela, sont condamnées à souffrir indéfiniment. On peut également comprendre la muqueuse utérine dans la résection : il faut alors, au préalable, assurer l'antisepsie parfaite de la cavité utérine par un

curettage soigné et une désinfection minutieuse ; le redressement utérin serait ainsi plus complet et la stabilité de la position physiologique de la matrice plus certaine.

On ne peut pas encore actuellement porter d'appréciation sur la valeur du procédé, car il n'a été mis en pratique que dans un seul cas. L'avenir nous édifiera sur son importance.

MYOMOTOMIE OU CASTRATION

par M. **Mendes de Léon** (Amsterdam).

Parmi les malades, qui se sont confiées à mes soins, durant l'année passée, se trouvait une femme, âgée de 40 ans, mère de quatre enfants, affligée d'une tumeur abdominale de moyen volume. Cette tumeur lui causait à chaque changement de position, de subites et violentes douleurs, et donnait lieu à des menstrues beaucoup plus abondantes qu'à l'ordinaire. La tumeur, très mobile, et qui s'était de beaucoup accrue durant les six derniers mois, s'étendait jusqu'à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic et était mobile avec le col utérin. Le diagnostic fibro-myôme de l'utérus n'admettait aucun doute. Après les mesures préparatoires, usuellement prises dans ma clinique (1), on procéda à la laparotomie, et la tumeur, qu'on parvint aisément à amener au dehors de la plaie, fut amputée après l'application de la ligature élastique. Puis fut faite la suture à étages superposés selon la méthode

(1) La malade fait son entrée à la clinique, au moins trois fois vingt-quatre heures avant le jour de l'opération. On règle la diète de façon à produire des selles peu consistantes. Après avoir produit une défécation abondante, grâce au clystère et à l'huile de ricin, on administre, afin de résorber les gaz intestinaux, 2 grammes de subnitr. bismuthi et 50 milligr. pulv. opii. en poudres, et journellement on plonge la malade dans un bain d'eau tiède. De plus, le vagin est irrigué, trois fois par jour avec une solution de 1/1000 de sublimé. Immédiatement avant l'opération, on frictionne le vagin avec une solution 5/100 d'acide phénique, et on applique un tampon de gaze iodoformée contre le museau de tanche. Comme désinfectants, avant l'ouverture de la cavité péritonéale, on emploie la solution 1/1000 de sublimé. Aussitôt l'ouverture du péritoine accomplie, on n'emploie exclusivement que de l'eau distillée. Dans les derniers temps, on trempe immédiatement avant l'emploi, la soie et la ligature élastique dans une solution d'alcool.

de Schröder, et le moignon fut recouvert de la séreuse, soigneusement réuni et abandonné dans la cavité abdominale après qu'on eût préalablement cautérisé le canal cervical avec le Pacquelin.

Les suites opératoires semblaient satisfaisantes. Après que les premières journées et les nuits durant lesquelles la malade se trouva absolument privée de sommeil, se furent péniblement écoulées, elle se sentait beaucoup mieux, surtout, lorsque à peu près huit jours après l'opération, l'huile de ricin eut provoqué des selles abondantes. Le ventre n'était pas enflé et indolent au toucher. Le pouls était bien rempli et dûment tendu. Toutes les fonctions (l'appétit, le sommeil, la miction, les selles) étaient normales. Le seul point, qui put encore causer quelque inquiétude, était une augmentation modérée de la température, qui variait depuis l'opération entre 37°8 et 38°6 et qui s'éleva même une seule fois jusqu'à 38°8. Dix jours après l'opération, on enleva les sutures. Des deux piqûres inférieures, sortait une quantité minime de pus; au reste, la plaie était guérie par première intention. Le même jour, la température s'éleva jusqu'à 39°; deux jours plus tard, elle monta, dans l'espace de quelques heures, depuis 38°6, jusqu'à 39°9. On chercha vainement la cause de cette augmentation de température. On ne découvrit aucune anomalie dans l'abdomen, ni à la suite d'un examen extérieur, ni en explorant par voie vaginale. Avec cela, l'état subjectif de la malade était remarquablement satisfaisant. Comme elle dit avoir autrefois été très sujette aux fièvres on lui fit prendre un gramme et demi de sulfate de quinine, à la suite de quoi, la température s'abaissa jusqu'à 37°5. Cette thérapeutique fut répétée deux jours plus tard. Comme l'état paraissait alors complètement satisfaisant, la malade fut autorisée à se lever le lendemain pour la première fois.

Le dix-huitième jour après l'opération, la malade se portait fort bien, elle avait eu la visite de son mari et s'était gaiement entretenue avec lui. La garde la mit au lit, dans une disposition d'esprit très éveillée, puis quitta la chambre pour aller se coucher elle-même. Un instant après, la malade couchée dans le lit voisin de celle qui nous occupe entendit un bruit étrange, qui lui causa une certaine frayeur. Elle sonna aussitôt et la sœur qui accourt, trouve la malade en état d'agonie. A peine a-t-elle le temps de me prévenir, que déjà la malade a rendu le dernier soupir. Toute la catastrophe a eu lieu en moins de cinq minutes.

Le professeur Kühn, qui eut l'obligeance de se charger de l'autopsie constata ce qui suit :

Le cadavre est d'une blancheur de cire.

La plaie est entièrement guérie, sauf un léger bâillement de la peau, à la hauteur de la suture profonde inférieure, d'où sortent quelques gouttes de pus, sous l'action de la pression. La sonde, qu'il introduit, n'entre pas plus avant qu'à une profondeur de 1,5 centimètre. L'incision est faite depuis la moitié du sternum jusqu'à la symphyse pubienne, à gauche de la cicatrice. A l'ouverture du ventre un peu de gaz s'échappe. La cavité abdominale ne renferme pas d'humeurs.

Les intestins sont de couleur normale et polis de surface, partiellement recouverts par l'épiploon, qui s'est uni à la cicatrice dans le péritoine, à l'endroit de la suture inférieure purulente, sur une surface de 5 centimètres.

A l'extraction de l'intestin grêle, dans la séreuse de laquelle on remarque des vaisseaux chylifères abondamment remplis, on constate que l'ileum est perforé à une distance de quelques centimètres de la valvule iléo-cervicale.

La partie malade se trouve sur le bord libre, en face du lieu de jonction du mésentère. Elle est colorée en rouge foncé et fortement enflée. La séreuse présente, en cet endroit, une surface ulcérée en forme de demi-cercle, qui apparemment s'est adhérée à un autre organe et s'en est violemment arrachée. Sous l'action d'une pression légère, on provoque l'apparition d'un fluide muco-purulent. On découpe la partie de l'intestin qui a été perforée, on écarte davantage les intestins, puis on recherche le pédicule. A gauche de celui-ci, on découvre la surface ulcérée, en forme de demi-cercle, qui s'était adhérée à l'intestin déchiré.

Le pédicule a encore subi une deuxième adhérence à l'intestin, à savoir à l'endroit de la flexion sigmoïde. Cette adhérence est ferme, constituée par du tissu conjonctif, sans enflure, ni rougeur. On enlève le pédicule relié à la vessie, au rectum et à la partie adhérée à la flexion et on le soumet à un examen attentif. Des sutures, par lesquelles la séreuse avait été réunie, on retrouve encore un seul petit fil. Au-dessus de la ligature, le pédicule se compose d'un tissu en nécrose ; seulement l'endroit, où s'était attaché l'intestin grêle, paraît rouge et enflammé. En faisant l'incision, on constate, sous la séreuse et au-dessus de la ligature, une quantité minime de muco-pus. La ligature enserre si fortement, que le passage d'une sonde très mince, à travers le canal cervical, ne se fait qu'à grand'peine. Conduit par cette sonde, on tranche le canal cervical et le pédicule à la partie antérieure, après avoir partiellement disséqué la vessie et l'avoir mise de côté.

La partie perforée de l'intestin est également incisée et l'on découvre aisément la surface ulcérée. Une sonde, que l'on applique avec précaution sur l'endroit malade, glisse immédiatement, dans une direction inclinée, à travers la paroi intestinale. Du rectum on extrait, en pressant, en même temps avec les matières fécales, une petite quantité de muco-pus.

Le foie est dans un état parfaitement normal.

Cœur. — Le péricarde est assez gras, les artères coronaires sont normales. Toutes les membranes à valvules se trouvent en fort bon état. Autant qu'on en peut juger à la lumière du gaz, la couleur du myocarde est normale.

Poumon gauche. — En ouvrant l'artère pulmonaire gauche, on trouve dans la ramification, qui conduit au lobule inférieure, une embolie obstruant entièrement le calibre. L'apparence résilleuse et marbrée indique qu'il ne saurait être question ici d'une coagulation post-mortem du sang, ce qui est prouvé aussi par le fait que le caillot n'est pas adhérent à la paroi, mais qu'on peut le mobiliser par un arrosage des plus délicats. Le lobe inférieur est très œdématié.

Poumon droit. — L'artère pulmonaire droite est entièrement bouchée, à l'entrée du poumon, par une grande embolie ramifiée en dichotome, qui visiblement a d'abord résidé à l'endroit où l'artère pulmonaire se divise en ses deux ramifications, et doit, à ce fait, sa forme remarquable.

Il est probable que l'embolie s'est cassée en deux par la circulation et a été entraînée partiellement dans l'artère pulmonaire gauche, mais surtout, en très grande partie, dans l'artère pulmonaire droite. Tout le poumon droit est fortement œdématié.

On constate, comme l'origine de l'embolie, un grand thrombus trouvé dans la veine iliaque commune droite, et qui passe d'un côté dans la veine cave inférieure, tandis qu'elle s'étend, d'autre part, dans la veine iliaque interne. Il est prouvé que le thrombus a été partiellement arraché par la présence d'un débris détaché, qui est resté dans la veine cave inférieure, sur le grand thrombus.

Épicrise. — D'après ce compte-rendu, la mort a été causée par l'asphyxie, par suite du bouchage des deux artères pulmonaires. La perforation de l'intestin doit avoir eu lieu immédiatement avant la mort, à en juger par l'état de complet repos dans lequel se trouve le péritoine. Il est évident que, par suite de la violente péristaltique de l'intestin en agonie, l'intestin adhérent au pédicule s'est arraché à l'endroit qui avait perdu une partie de ses moyens de résistance, grâce à la suppuration.

Le thrombus, dans la veine iliaque commune droite, provient probablement d'une légère infection, qui, ayant son point de départ dans le pédicule et s'avançant des petites veines dans les grandes, a atteint les parois des vaisseaux, et a donné lieu ainsi à la coagulation.

Messieurs, l'expérience ainsi cruellement acquise, dans le cas relaté ci-dessus, met en lumière, d'une façon frappante, l'incertitude du pronostic en myômotomie. La myômotomie est une opération qui a conquis le monde dans ces tous derniers temps. Depuis l'époque où Martin a échoué successivement dans ses six premières myômotomies, sans perdre le courage de persévérer dans la voie entreprise, les statistiques sont sans cesse devenues plus favorables, au point que d'heureux opérateurs n'ont plus à signaler qu'un chiffre nécrologique de 8 % et moindre. Mais 8 %, quoique très satisfaisant pour l'opérateur est encore toujours un nombre effrayant pour la malade, et voilà pourquoi une méthode, donnant des résultats tout aussi satisfaisants, et offrant de bien moindres dangers, dans des cas judicieusement choisis, ne doit pas être repoussée par la myômotomie. Il me semble, qu'avec le traitement opératoire des fibrômes utérins, la castration a son terrain propre, inaliénable, bien limité, à côté de la myômotomie; et c'est pour vous faire partager cette conviction, que je me suis présenté aujourd'hui devant vous.

Je reconnais volontiers la myômotomie comme une acquisition, qu'on ne saurait assez apprécier, dans le domaine de la chirurgie abdominale moderne; et, c'est avec une estime profonde, que je me rappelle les efforts persévérants des courageux opérateurs, qui nous ont aplani la route, sur ce terrain périlleux.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler l'histoire de cette lutte, elle vous est connue, à tous. Vous savez comment surtout le traitement du pédicule, a été l'écueil sur lequel sont venus échouer tant de vies débiles; comment la méthode intra-péritonéale, qu'on avait d'abord appliquée, a dû céder le pas à un traitement extra-péritonéal, à cause des résulats désespérants de la première. Cette seconde méthode, quoique offrant des résultats relativement satisfaisants dans les mains d'opérateurs tels que Péan, Fritsch, Bantock, etc., offrait cependant trop de difficultés et de dangers, pour trouver l'approbation générale. Vous savez également comment l'introduction des antiseptiques a de nouveau fait incliner la chance du côté du traitement intra-péritonéal du pédicule, méthode qui, surtout depuis l'introduction de la ligature

élastique (Kleeberg) (1) et depuis les améliorations (entre autres introduites par Schröder) du traitement du pédicule, a remporté de plus grands triomphes et a gagné plus de partisans à sa cause.

Ainsi la myômotomie en est arrivée à son état actuel. Si nous considérons cet état actuel, nous découvrons qu'il existe encore toujours une rivalité entre la méthode intra-péritonéale et la méthode extra-péritonéale, et que, en ce qui concerne la mortalité, les deux résultats sont à peu près identiques, avec un léger avantage au profit de la méthode extra-péritonéale. Les grands inconvénients rattachés à cette dernière méthode pour la malade et pour le médecin, sont cause de ce que la plupart des jeunes opérateurs appliquent de préférence la méthode intra-péritonéale. C'est le cas spécialement en Hollande, où, pour ainsi dire, on n'opère que selon la dernière méthode.

En comparant les statistiques des différents opérateurs, celles des jeunes sont en général les plus favorables, ce qui n'est guère étonnant, si l'on considère, que les anciennes statistiques sont écrasées par les résultats moins heureux, datant d'un temps où l'opération était encore à l'état de formation.

C'est ainsi que Martin (2) a 46 décès sur 135; Schröder (3) (intrap.), 20 cas de décès sur 58; Olshausen (intrap.) en a 9 sur 31; Léopold (extrap.), 7 sur 34 et (intrap.) 5 sur 15; Péan (extrap.), 14 sur 36; Bantock (extrap.), 12 décès sur 57 cas; V. Braun (extrap.), 17 sur 86; Fritsch, 8 sur 60; Hégar, 2 sur 42; Kaltenbach, 1 sur 24; Keith, 2 sur 30. Ces derniers, qui appliquent tous la méthode extra-péritonéale, doivent être cités parmi les opérateurs les plus heureux. Zweifel (4) a décrit un procédé intra-péritonéal, sous le nom de « Fortlaufende Partien ligatur », avec lequel il a beaucoup de succès. Sur 53 cas, il n'a eu que deux décès.

Parmi les jeunes nous trouvons Landau qui, sur 15 cas, n'a pas un seul décès à signaler, et Richelot, qui n'en a pas non plus sur 10 cas; tous deux ont opéré selon la méthode intra-péritonéale. En Hollande, nous pouvons citer Treub, avec 5 décès sur 57 cas, et Van der Mey, avec 2 décès sur 25 cas, comme des opérateurs heureux. Ma propre statistique comporte, en ce moment, 21 cas, parmi lesquels 3 avec issue fatale.

---

(1) *Petersb. Med. Wochenschrift*, 1879, nº 1, cité par Kikkert. « De Stompbehandeling by Hystero-myômectomie ». Thèse de Leiden.

(2) *Zeitschr. f. Geburtshülfe u. Gynaekologie*. 1890. Band XX.

(3) Ces chiffres, ainsi que les suivants, sont empruntés à Kikkert. L. c.

(4) *Arch. f. Gynäk.* Bd 41. Hft 1 u 2. P. 62.

J'ai évité de parler ici d'un pourcentage parce que de tels chiffres, pris sur de petites quantités, donnent une impression inexacte. Un opérateur qui effectue quatre myômotomies en obtenant des suites opératoires satisfaisantes, peut se vanter d'une mortalité de 0 %. S'il échoue au cinquième cas, le voilà, qui se trouve immédiatement avoir un chiffre nécrologique de 20 %.

Il serait du plus vif intérêt de posséder une statistique minutieusement établie des causes de décès, après myômotomie. Grâce à l'insuffisance des publications, la bibliographie offre une maigre moisson dans ce domaine.

Dans mes trois propres cas, la mort a été causée :

1. Par l'embolie des deux artères pulmonaires (le cas relaté ci-dessus).

2. Par une péritonite aiguë générale (diagnostiquée d'après le cours de la maladie) ; pas d'autopsie.

3. Probablement par une atrophie brune du myocarde (pas d'autopsie).

Dans les cinq cas que Treub a perdus, on indique comme causes de décès :

1. Légère péritonite ; étranglement d'une partie de l'intestin grêle entre le pédicule et le sacrum.

2. Purulence et pression sur une anse de l'intestin, par un tampon oublié.

3. Anse de l'intestin grêle, adhérent au pédicule, et formant un coude ; ileus.

4. Pas d'autopsie. Symptômes : après le huitième jour, augmentation de température ; quelques jours plus tard, rupture d'un grand abcès dans la cicatrice, probablement causé par les sutures de catgut, réunissant les couches profondes ; excitus le vingt et unième jour.

5. Collapsus. En effectuant l'opération de ce cas très compliqué, on avait coupé une anse de l'intestin et suturé les deux bouts dans la blessure abdominale. En faisant l'autopsie, on découvrit que la partie prise pour le bout de l'intestin coupé, n'était autre que le tube gauche considérablement enflé. L'intestin lié fut trouvé dans la cavité abdominale.

Des deux malades, que Van der Mey a perdues après avoir effectué la myômectomie, l'une a succombé aux suites d'une péritonite, tandis que l'autre, qui était anémique et épuisée, a succombé peu après l'opération.

Tous ces cas ont été opérés d'après la méthode intra-péritonéale.

Si nous cherchons d'autres causes de décès, dans la littérature, nous trouvons (1) :

Spencer Wells,	2 cas	Septicémie (péritonite). Hémorragie.
Wood	1 »	Perforation de l'intestin.
Tappehorn	1 »	Narcose et hémorragie.
Peaslee	2 »	Épuisement. Septicémie (péritonite).
Cutter	2 »	Épuisement. Hémorragie.
Burnham	4 »	Shock. Shock. Shock. Péritonite.
Bellinger	1 »	Péritonite.
Clay	2 »	Péritonite. Hémorragie.
Heath	1 »	Hémorragie.
Parkman	1 »	Hémorragie.
Kimball	1 »	Hémorragie.
Sawyer	1 »	Péritonite.
Boinet	1 »	Péritonite.
Stilling	1 »	Hémorragie.
Baker Brown	1 »	Hémorragie.
Billroth	1 »	Péritonite.
Küster	1 »	Péritonite.
Léopold	5 »	Péritonite. Péritonite et hémorragie. Périt. et pneumonie septique. Péritonite. Péritonite.

Fritsch, qui sur 27 traitements intra-péritonéaux, en compte 11 avec issue fatale, donne comme causes de décès :

3 fois péritonite ;
1 » hémorragie (la ligature élastique ayant glissé) ;
1 » atrophie brune du myocarde ;
1 » petit rein contracté, péritonite ayant causé des adhérences autour du pédicule ;

(1) Emprunté à la thèse de Kikkert : l. c.

1 fois	néphrite interstitielle ;	
1 »	collapsus graduel (pas de fièvre).	

Dans les trois autres cas, la cause de la mort est restée inconnue.

John Williams (1)	(intrap.)	1 cas	hémorragie.
Odebrecht	(intrap.)	1 »	embolie.
Bantock	(intrap.)	1 »	hémorragie.
Thornburn	(intrap.)	1 »	hémorragie.
Stewart	(lig. de soie intrap.)	1 »	péritonite.
Olhausen	(intrap.)	1 »	péritonite.
Wiedow	(lig. élast. perdue)	1 »	septicémie.

En résumant nous trouvons :

Péritonite	21 fois.
Hémorragie	13 »
Occlusion intest. (avec ou sans iléus)	5 »
Collaps, épuisement	5 »
Perforation de l'intestin	2 »
Embolie	2 »
Septicémie	2 »
Shock	3 »
Atrophie brune du myocarde	2 »
Néphrite	2 »

Conclusion de ce qui précède : l'ennemi le plus opiniâtre des myômotomistes est la péritonite ; en second lieu, ce sont les affections de l'intestin que nous avons à craindre, se manifestant, soit sous une forme violente : paralysie, perforation, occlusion ; soit plus tard, sous la forme d'adhérences.

La plupart de ces anomalies, ainsi que la péritonite, doivent leur origine à l'infection. L'asepsie absolue assure des suites opératoires idéales, c'est le but de nos efforts ; nous pouvons en approcher, mais jamais l'atteindre. A la vérité, l'asepsie absolue demande :

1. Qu'aucun microbe pathogène n'atteigne le terrrain de l'opération ;

2. Que l'opération elle-même ne fasse pas naître des conditions qui pourraient changer en microbes pathogènes les microbes innocents, contenus, soit dans l'organisme, soit dans l'air.

Pour tout contrôle nous n'avons que la marche de la convalescence. Et ce contrôle est incertain. Car nous savons que l'organisme

(1) Zweifel : Die Stielbehandlung bei der Myômectomie.

vivant lutte de toutes ses forces contre l'attaque des germes infectieux et qu'il possède la faculté de les désarmer. Cette faculté est épuisée, lorsque le nombre des microbes est très considérable, ou que la résistance de l'organisme est affaiblie. Ainsi une convalescence idéale, n'est pas plus une preuve d'asepsie absolue, qu'une convalescence troublée par des accidents fâcheux ne donne le droit d'accuser l'opérateur de nonchalance.

Mais quel est celui qui saurait se rendre maître de toutes les causes de l'infection, surtout dans une opération mettant l'organisme en des conditions aussi défavorables, et le rendant à ce point vulnérable, que celle de la myômotomie? Examinée au point de vue théorique, on ne saurait s'imaginer d'opération plus brutale, que la myômotomie dans sa forme actuelle. Suivons le mode d'opération, qui est pratiqué par beaucoup de gynécologues et donne jusqu'ici les meilleurs résultats. Après avoir ouvert l'abdomen et dégagé la tumeur, ce qui est parfois très difficile à cause des adhérences avec les organes voisins (procédé qui ne saurait se pratiquer sans faire une multitude de lésions plus ou moins étendues), une masse compacte de tissu est serrée violemment dans la ligature élastique, en quoi faisant on produit inévitablement un arrêt dans la circulation, une compression des nerfs et une forte distension du feuillet pariétale du péritoine. Après l'amputation, le gros pédicule charnu, dont le canal cervical contient de nombreux microbes pathogènes (ce qui est constaté même chez la femme valide), est ramené et abandonné dans le petit bassin.

Qu'advient-il maintenant de cette masse de tissu, subitement arrachée à ses rapports avec l'organisme, qui gît là comme un corps étranger, soustrait à la circulation du sang, et à l'influence des nerfs.

En considération du grand nombre de victimes que fait la myômotomie même dans son état actuel d'amélioration, on serait tenté de croire que cette question pourrait se résoudre d'une manière complète. En parcourant toutefois les ouvrages ayant trait à ce sujet, l'on apercevra que les comptes-rendus d'autopsies ne sont pas mentionnés, ou du moins très insuffisamment, tandis que les expériences faites sur des animaux concernant cette question-là ne sont pas relatées du tout. Les expériences de Klotz (1) sur des chiennes furent faites dans un autre but, et ne donnent aucun éclaircissement sur le point en question, puisque dans ces cas-là il n'y a pas eu d'application de ligature élastique perdue, et que, par conséquent la circulation du sang dans le pédicule n'a pas été empêchée.

(1) Wiener medic. Wochenschrift 1879. cité par Kikkert.

Chaque opérateur possédant quelque expérience sur ce terrain, sait que la ligature élastique perdue, n'amène pas toujours une nécrose innocente. Pourtant il me semble que la plupart des opérateurs ne sont pas assez persuadés des périls qui menacent leurs opérées. Qui est à même de rendre compte de tous les processus, se déroulant secrètement dans un organisme qui se trouve dans un état anormal, à la suite du narcotique, du shock, du refroidissement et de l'inévitable palpation brutale des intestins? Qui saurait dire comment une infection insignifiante, qu'un organisme normal détruirait aisément, prend racine dans un cas pareil, se propageant en cachette, pour se révéler subitement, au moment de la catastrophe fatale? Reportons un instant notre attention vers le cas, que je vous ait dépeint au commencement; quoique l'élévation de la température indiquât une anomalie, il n'y avait trace d'aucun symptôme alarmant, du côté des intestins. Selles régulières, pas de météorisme, aucune douleur abdominale, point d'exsudat autour du pédicule; et néanmoins nous trouvons à l'autopsie, l'intestin adhérent en deux endroits au pédicule; l'une des adhérences est fibreuse (flexura sigmoïdea) l'autre (intestin grêle) est relâchée par la suppuration.

Hypérémie importante de l'iléum, à l'endroit adhérent, et des traces de pus dans le rectum indiquent une lésion importante, et pourtant point de symptômes locaux. S'il n'y avait pas eu ici, à la suite de l'asphyxie, produite par l'embolie pulmonaire, des mouvements péristaltiques d'une violence extrême, probablement la lésion de l'intestin se serait terminé par une guérison complète, sans jamais se révéler. Qu'après la myômotomie, une telle affection ne fait pas exception, est chose connue par tous ceux qui observent avec attention leurs malades après l'opération. C'est-à-dire que dans la plupart des cas, il se produit, plus ou moins longtemps après l'opération, des symptômes, que je voudrais désigner sous le nom de *symptômes pédiculaires*.

Ils consistent en :

1. Élévation de la température.

2. Un sentiment de tension dans le ventre et des crampes au moment de la défécation.

3. Des douleurs dans le bas-ventre qui se localisent à l'endroit du pédicule.

4. Ténesme vésical.

Parfois on découvre par l'exploration vaginale une infiltration autour du pédicule; parfois aussi à l'examen, tout symptôme local est absent. Dans un état plus avancé, il n'est pas rare de voir apparaître

une leucorrhée purulente suivie de l'expulsion de la ligature élastique.

Quand je récapitule mes vingt et un cas, je trouve dans dix-sept d'entre eux une élévation de la température six fois jusqu'au dessus de 39 degrés. Dans six cas, j'ai observé l'expulsion de la ligature élastique, quatre fois par l'orifice externe, une fois avec le pédicule nécrosé par une fistule dans le cul-de-sac postérieur, une fois par une fistule, formée dans la paroi abdominale, après la perforation d'un abcès. Dans ce dernier cas il n'y avait eu d'amputation supra-vaginale, mais bien la castration avec amputation d'un corps fibreux pédiculé, sans ouverture de la cavité utérine. La ligature de soie, avec laquelle le pédicule de ce corps fibreux avait été lié, s'est évacué par la fistule. Dans deux de mes cas, il y avait formation d'une fistule avec l'intestin grêle, qui guérit d'elle-même après l'expulsion de la ligature.

Tous ces cas eurent pour suite une complète guérison ; mais qui pourrait dire chez combien de malades la vie tenait littéralement à un fil de soie, tandis qu'elles se croyaient déjà guéries. Si nous considérons les statistiques d'autres opérateurs, en tant qu'elles nous sont communiquées d'une façon quelque peu détaillée, nous y trouvons également à tout instant une indication sur ces mêmes *symptômes pédiculaires*.

Dans un des cas de Treub, qui (1) eut une fin fatale, une anse intestinale s'était trouvé étranglée entre le pédicule et le sacrum ; dans un autre cas, également terminé fatalement, on constate une adhérence du pédicule à l'intestin grêle, qui avait produit l'iléus. Au reste, on indique encore dans six cas un exsudat plus ou moins considérable autour du pédicule; quatre fois, la ligature élastique fut expulsée, et dans l'un de ces cas, elle se créa un chemin à travers la vessie et donna lieu à des calculs.

Un autre opérateur hollandais, le Dr Van d. Hoeven constata la péricystite après une myômotomie.

Wiedow a observé trois fois suppuration du pédicule dans des cas de ligature perdue. Un des cas succomba aux suites de la septicémie.

Les faits cités ci-dessus (et dont le petit nombre ne doit pas être attribué à leur rareté, mais bien au manque de détails de la plupart des publications) démontrent clairement que la méthode idéale pour l'extirpation des myômes utérins n'a pas encore été découverte. De divers côtés (entre autre par Fritsch, Martin et Léopold (2) on nous

---

(1) Kikkert l. c.
(2) Centralbl. f. Gynaekol. 1892 N° 12.

présente en ces derniers temps, l'hystérectomie totale (vaginale ou abdominale), comme étant l'opération de l'avenir. Cette opération toutefois, est si difficile et si compliquée dans la plupart des cas qu'elle ne saurait être cité d'un trait avec celle que nous venons d'examiner.

Voilà pourquoi il me semble, qu'on devrait ouvrir un champ plus vaste à la castration comme thérapie des fibroïdes utérins que ne l'ont fait jusquà présent la plupart des opérateurs.

Les difficultés qu'on émet contre cette thérapie se résument généralement à ceci : que l'effet n'est point radical et que par conséquent cette méthode ne serait pas rationnelle.

Tâchons par un simple mot de prouver que ces difficultés ne sont pas motivées.

Les organes, qui contribuent à une même fonction physiologique se signalent par un certain rapport dans leur développement; phénomène dont les organes génitaux de la femme donnent un exemple frappant. Lorsqu'il y a absence congénitale ou développement rudimentaire des ovaires, on peut constater que, non seulement l'utérus et à un certain degré les trompes sont arriérés dans leur développement mais aussi, quoique à un degré moindre, le vagin. En effectuant la castration sur de jeunes animaux, on peut constater l'arrêt du développement de la matrice. A la suite de la castration bilatérale opérée sur la femme, se produit en général l'aménorrhée, tandis que l'arrêt des fonctions ovariennes (ovulation) dans la ménopause coïncide avec le processus d'involution et avec la disparition d'une fonction physiologique de la matrice (menstruation).

Il est donc clair, que le développement de la matrice est réglé dépendamment des ovaires.

Les symptômes que nous constatons en observant les fibrômes utérins, nous apprennent qu'une influence semblable existe aussi dans certaines anomalies pathologiques dans la structure de la matrice. Le fait de l'atrophie de l'utérus après la castration, a conduit Hégar à appliquer cette opération pour tâcher de faire diminuer le développement des tumeurs utérines ; ses efforts furent récompensés par un succès éclatant, et peu à peu la *castration* a été promue au rang de méthode pour le traitement des fibromyômes.

Parmi les défenseurs les plus zélés de cette méthode, il faut citer en premier lieu Lawson Tait, qui en même temps et indépendamment de Hégar, effectua la castration pour corps fibreux de l'utérus en août 1872. Le grand nombre de cas opérés par lui, rend sa statistique tout particulièrement précieuse, autant pour ce qui concerne le chiffre nécrologique que pour le résultat définitif.

Parmi trois cent vingt-sept castrations (1) pour myômes il perdit six cas, donc 1.8 %, tandis que cinq seulement, ne donnèrent pas le résultat souhaité (aménorrhée complète et atrophie de la tumeur). Il ressort aussi bien des communications des malades, que de celles des médecins qui les traitèrent dans la suite, qu'il peut constater avec certitude trois cent onze cas de guérison absolue. Wiedow (2) peut disposer de soixante-six cas, parmi lesquels cinq décès, et constate généralement un résultat très favorable.

Fehling (3) est également l'un des défenseurs de la castration; il effectua vingt-quatre fois l'opération, sans un seul cas de décès et avec un parfait succès. Bischof a fait mention de dix-huit cas, avec un décès ; Ascher (4) effectua l'opération vingt-quatre fois ; Terrillon (5) quatorze fois, tous deux sans perdre une opérée. Prochownik (6) publie une note sur douze cas, dont les suites opératoires donnèrent toutes un résultat favorable et dont le résultat final, après des observations de longue durée, parût être complètement satisfaisant.

Prochownik va même plus loin que Hégar dans l'application de la castration, et effectue également cette opération sur des tumeurs subséreuses très grandes, et sur des tumeurs développées intra-ligamentairement.

P. Müller considère la castration comme indiquée dans les cas suivants : grandes tumeurs partant de la région inférieure de l'utérus pour aller remplir le petit bassin; tumeurs dont l'extirpation offre de grandes difficultés ; petites tumeurs occasionnant de fortes hémorragies.

Segond (7) obtint un bon résultat dans les quatre cas qu'il a opérés. Il démontre qu'on ne peut pas effectuer indifféremment la castration ou la myômotomie, mais qu'on ne peut souvent fixer son choix qu'après l'ouverture de l'abdomen. Si la castration est facile à effectuer, il lui donne la préférence en dépit de l'amputation supra-vaginale, si facile qu'elle soit. Il n'effectue cette dernière opération que

---

(1) Tait. Surgical treatment of utérine myôm.

(2) Beiträge zur Geburtshüfle Gynaek., éditée lors du 25[me] anniversaire du professorat de Hégar.

(3) Publié par Strachl. Beiträge zu den Anzeigen der Castration. Diss. Basel. 88.

(4) Zeitscht. f. Geb. bd. 20.

(5) Publié par Richelot. *Union médicale* n° 123 et 204.

(6) *Arch. F. Gynaekologie.* bl. 29.

(7) Du traitement des fibrômes utérins par la castration ovarienne. *Bull. de Chirurgie du* 16 mai, 30 mai, 6 juin — *Annales de Gynécologie du* 25 juin 1888.

dans les cas où la castration offre trop de difficultés. Pour les tumeurs dépassant le niveau de l'ombilic la castration n'est indiquée en aucun cas.

Il ressort des débats très intéressants et très détaillés faits à la société de chirurgie, que MM. Terrier, Bouilly, Lucas Championnière, Terrillon, Richelot et Monod optent pour la castration dans les cas de myômes non pédiculés, de grosseur moyenne et non kystiques.

Non seulement elle arrête l'hémorragie, mais elle met un terme aux douleurs, et provoque l'atrophie de la tumeur. Il arrive, par exception, que même, après la castration, l'hémorragie continue ; elle est alors causée par un troisième ovaire ou par une inflammation de la muqueuse.

Terrier, Bouilly et Lucas Championnière fixèrent surtout l'attention sur l'état pathologique des annexes, qui se présentent parfois dans les cas de myômes, particularité que j'ai moi-même relevée en avril 1888 (1).

Polaillon et Tillaux sont les seuls qui préfèrent l'amputation supravaginale à la castration.

Il résulte de la discussion indiquée ci-dessus, que la castration a de nombreux partisans en France, et qu'elle y est appréciée à sa juste valeur. Plusieurs gynécologues professent toutefois d'autres sentiments. Fritsch désire par principe une indication plus étendue de la myômotomie.

Il est d'avis, que la castration doit être réservée exclusivement aux cas où il y a une très grande faiblesse et où il serait encore possible de faire l'ablation de la tumeur par voie vaginale. Martin (2) envisage la question au même point de vue. Hofmeier (3) rapporte que Schröder limite les castrations au minimum parce que beaucoup de myômes se développent encore après la ménopause. Kaltenbach (4) qui sur dix

(1) Ned. Frijdschr. v. Geneeskunde 1888, blz. 42. Une des dernières livraisons de la : Zeitschrift f. Geb. und Gyn. Bd. XXIII, Heft 2., comprend une étude de Gustave Bulins sur les changements qu'on peut observer dans les ovaires, dans les cas de myômes utérins. Il a constaté par l'examen macroscopique : hypertrophie par suite de la présence de kystes plus ou moins grands; par l'examen microscopique : 1° Sclérose et dégénerescence vasculaire; 2° diminution du nombre des follicules ; 3° augmentation des corpora fibrôsa.

Ces changements se résument donc en symptômes de prolifération du tissu conjonctif et en atrophie sénile anticipée du parenchyme.

(2) Lehrb, d. Frauenkrankheiten, p. 220.

(3) Die myômotomie, Stuttgart, 1884.

(4) Zeitschr, f. Geburthülfe und Gynäkol, 1887, p. 106.

malades opérées par la castration, en a perdu une, considère l'opération entre ses mains, d'une gravité égale à la myômotomie, et préfère la dernière comme la plus radicale.

Léopold (1) énumère les dangers pouvant accroître, par suite d'un développement pelvien ou intra-ligamentaire et par l'existence d'une peri-oophorite chronique. Lui-même a fait trente-quatre castrations pour myômes utérins. Il a eu sept cas où l'extirpation d'un ou des deux ovaires n'a pu être faite. Sur le nombre il y a eu quatre morts. Pichevin (2) rejette la castration soutenant qu'un résultat complet n'est atteint que dans 72 °/₀ des cas. Treub (3) est antagoniste de la castration ; les chances de guérison ne lui paraissent suffisamment assurées. Il n'y a recours que dans les cas où la myômectomie livrerait trop de dangers, tout d'abord, quand il s'agit de très grandes tumeurs, atteignant l'arcade costale, chez des malades très anémiques. Pour les petites tumeurs, il rejette entièrement la castration et préconise l'opération radicale, qui selon lui n'est d'aucune façon plus périlleuse. Mes convictions, jointes à mon expérience personnelle me défendent de souscrire à cette sentence plus ou moins apodictique. Déjà en 1887 je me suis exprimé dans ce sens, et depuis une expérience plus étendue et plus longue n'a fait que confirmer mon opinion à cet égard. Sur vingt-deux castrations faites pour fibro-myômes je n'ai pas eu de mort. Trois fois, les renseignements ultérieurs ont fait défaut, mais comme les malades ne sont plus revenues à la clinique, il y a lieu de conclure, que les suites étaient satisfaisantes.

Voici un aperçu des résultats, obtenus dans les dix-neuf autres cas.

A. — *Cas opérés dans ma clinique.*

1. Malade, âgée de 44 ans, quatre enfants et douze avortements. Elle souffre depuis longtemps d'hémorragies, extraordinairement profuses, contre lesquelles le curettage appliqué quatre fois, et les cautérisations au chlorure de zinc ont été impuissants. A son entrée à la clinique la malade était très anémique et se plaignait de crampes d'estomac et de nausées.

L'utérus grossi avait à peu près le volume du poing. Après l'opération, en janvier 1890, arrêt des hémorragies. Une année plus tard la tumeur avait disparu, la condition générale s'était notablement

(1) Archiv. f. Gynäkol. p. 38.
(2) *Gazette des hôpitaux,* n° 8. 1890.
(3) *Tijdschrift, voor Verlosk. en Gynaek.* 1ste jaargang. Afl. I.

améliorée, la pâleur cachexique de la face avait fait place à la fraîcheur de la santé.

2. Malade, âgée de 47 ans, vierge. Depuis nombre d'années menstruation très profuse et qui dure quatorze jours. Une tumeur grosse comme la tête se trouve dans l'abdomen. Après la castration, qui a eu lieu eu 1890, cessation des métrorrhagies. Guérison. La tumeur a totalement disparu.

3. Nullipare, âgée de 32 ans, mariée depuis quinze ans, souffre de sept à huit ans de métrorrhagies excessives, accompagnées de gros caillots. Très maigre et anémique, elle porte dans l'abdomen une tumeur assez volumineuse, grosseur d'un poing d'homme, non fluctuant. Un polype émerge du museau de tanche. La castration, faite en mai 1890, a fait cesser immédiatement les hémorragies. L'examen, en décembre 1890, constate que la tumeur a diminuée de grosseur. La malade a bien meilleure mine.

4. Malade, âgée de 43 ans, vierge, se plaint principalement de rétention d'urine, de temps en temps il lui prend des oppressions qui accompagnent des coliques violentes. La menstruation est régulière et assez abondante. Une tumeur dure, non mobile, qui s'est fermée dans la paroi utérine gauche, occupe en partie le petit bassin. La vessie est comprimée par l'utérus. La castration fut faite le 16 octobre 1890. En décembre de la même année, les difficultés de la miction avaient entièrement cessé. Actuellement il n'y a plus de trace de la tumeur.

5. Nullipare, âgée de 44 ans, pertes menstruelles, très profuses revenant tous les quinze jours, et rétention d'urine fréquente. Le petit bassin est entièrement occupé par une tumeur dure sur laquelle se trouve du côté gauche une seconde tumeur largement pédiculée. Les deux fibrômes sont immobiles. En octobre 1890, la castration fut faite, et en même temps l'amputation de la tumeur pédiculée, après quoi les hémorragies cessent, et l'évacuation de l'urine a lieu sans difficulté. Enrayement des hémorragies ; guérison retardée par un phlegmon considérable dans la paroi abdominale, donnant lieu à une fistule suppurante, qui ne s'était pas encore fermée lorsque la malade quitta la clinique.

Quelques mois plus tard, la ligature de soie, ayant servi à lier le pédicule de la tumeur amputée, fut expulsé par la fistule.

Une examination récente de la malade, m'apprit que la tumeur avait diminué en volume, et perdu son immobilité.

6. Vierge, âgée de 47 ans. Depuis deux ans, menstruation très profuse ; il y a quatre mois, qu'elle a senti dans le ventre une tumeur

qui la fait beaucoup souffrir. Corps fibreux interstitiel et pédiculé de l'utérus. Castration et amputation de la tumeur pédiculée en mars 1891. La malade se trouve actuellement soulagée complètement de douleurs et des hémorragies qui l'incommodaient auparavant.

7. Nullipare, âgée de 53 ans, mariée depuis vingt et un ans. La menstruation qui avait toujours été profuse, est en avance depuis six ans, métrorrhagies continuelles et leucorrhée profuse. Un polype cervical se montre à l'orifice externe; dans l'abdomen, tumeurs multiples, dont une est fluctuante et très mobile. A l'opération, l'ovaire droit se montre en dégénérescence kystique, de la grosseur d'une orange. Du côté gauche il est petit et atrophié. Extirpation bi-latérale. Le soir après l'opération, qui eut lieu en juin 1891, survint une hémorragie considérable provenant de quelques points de suture abdominale (la malade est haemophile). Cessation complète des métrorrhagies. Après un an les tumeurs avaient presque totalement disparu.

8. Malade, âgée de 52 ans, a eu sept enfants. Elle est dans un état très anémique, qui entraîne des troubles nerveux, des palpitations et de l'amblyopie. La menstruation avait toujours été profuse avec des caillots. L'utérus a le volume du poing. Elle a été menstruée encore trois fois après l'opération; la première fois, l'écoulement était peu considérable, la seconde, davantage, et la troisième fois, très abondant. Depuis, les règles n'ont plus reparu. En moins d'une année après l'opération, qui fut faite en juin 1891, la tumeur avait disparu.

9. Vierge, âgée de 38 ans. Il y a six à sept ans qu'elle est incommodée par une menstruation très abondante durant quinze jours, accompagnée de gros caillots. Après l'opération (janvier 1892) les règles sont revenues une fois, mais peu abondantes. Il n'y a pas encore assez longtemps que l'opération a eu lieu, pour en atteindre déjà l'atrophie de la tumeur.

10. Malade, âgée de 57 ans, elle a eu cinq enfants et deux fausses couches.

Il y a six mois qu'elle souffre d'une menstruation excessive, avançant sur la période. Dans les derniers trois mois des flueurs blanches abondantes; état très anémique. L'opération, qui fut faite en janvier 1892, eut pour effet immédiat de faire cesser les menstrues, trois mois plus tard il a eu réapparition de pertes sanguines pas très considérables, accompagnées d'une sécrétion fétide; quatre mois et demi après l'opération, j'ai trouvé la tumeur légèrement augmentée de volume. La palpation permet de discerner par l'Ost. ext. ouvert une tumeur dans la cavité utérine. A un examen, qui a eu lieu plus tard,

le canal cervical ne livrait plus passage au doigt explorateur. Jusqu'au commencement de juillet la malade a été incommodée par des métrorrhagies irrégulières. Depuis ce temps, il y a une leucorrhée purulente entremêlée de fragments de tissu nécrotique.

Selon toute probalité, on peut s'attendre à l'énucléation spontanée de la tumeur.

11. Nullipare, âgée de 35 ans, non mariée. Les règles ont toujours été surabondantes, et depuis quelques années le flux menstruel s'est encore accru et dure plus longtemps. Avec cela, la malade perd souvent des caillots et souffre des flueurs blanches, pendant l'intervalle des périodes. En temps ordinaire, les douleurs dans le basventre, les troubles de la digestion et les migraines la font aussi beaucoup souffrir. Elle a dans l'abdomen des tumeurs multiples, s'étendant jusqu'à tout près de l'ombilic. A la castration (juillet 1892), je trouve l'ovaire gauche petit et atrophié; du côté droit il est grossi. Tous deux en dégénérescence kystique. Le jour après l'opération, apparaissent les règles. Le jour de son départ de la clinique, quatre semaines après l'opération, elle avait encore une légère hémorragie. Le temps d'observation ne suffit pas pour juger du résultat définitif.

12. Malade, âgée de 39 ans, VI pare. Depuis nombre d'années elle souffre de menstrues très profuses, anticipant la période, et accompagnées de gros caillots. Utérus augmenté de volume, cavité utérine 9 centimètres. A la castration (juin 1892) je trouve l'ovaire gauche atrophié, tandis que du côté droit des kystes multiples de différentes grandeurs augmentent le volume de l'ovaire, jusqu'à la grosseur d'une petite pomme. Sous la trompe gauche se trouve un kyste parovarien gros comme une noix. La trompe droite présente l'anomalie d'un orifice abdominal double. La convalescence ne fut troublée par aucun accident. Une fois, élévation thermique, qu'on pouvait attribuer à l'accumulation des matières fécales. Le surlendemain de l'opération, survint la menstruation, qui était beaucoup moins profuse qu'à l'ordinaire. La malade se porte à l'instant (trois semaines après l'opération) très bien.

B. — *Cas opérés en dehors de ma clinique.*

13. Nullipare, âgée de 42 ans, mariée depuis dix ans. Il y a cinq ans que la malade souffre de ménorrhagies excessives. Les règles durent douze jours, sont très douloureuses et accompagnées par l'expulsion de caillots. Antérieurement elle avait été traitée par l'ergotine, l'hydrastis et les douches chaudes; elle est dans un état très

anémique et se plaint de vertige. La tumeur atteint jusqu'à la largeur de deux doigts au-dessous de l'ombilic.

A la laparotomie, faite en février 1887, je trouve les trompes très dilatées et hypérémiées; les annexes sont adhérentes, mais peuvent être assez facilement détachées; des deux côtés les ovaires sont augmentés en volume. Cessation des hémorragies, après la castration. En février 1888 la tumeur était notablement diminuée.

14. Malade, âgée de 37 ans, vierge. Dans les derniers temps menstrues abondantes, douloureuses et de longue durée. L'utérus, de surface inégale, atteint jusqu'à 3 centimètres au dessus de la symphyse. La malade est très faible et anémique. Castration en avril 1887. Après l'ouverture de l'abdomen, je trouve les trompes très enflées et hypérémiées. Une année plus tard, il n'y avait plus trace de la tumeur utérine. Les hémorragies n'ont pas récidivées.

15. Malade, âgée de 40 ans, multipare. Dernières couches datent de dix ans. Menstruation régulière mais très profuse. Elle porte dans l'abdomen une tumeur dure, de la grosseur d'une tête d'enfant, qui provient de l'utérus. Au moment de la castration (octobre 1887), les deux annexes étaient hypérémiées et dilatées. Résultat : cessation complète des menstrues depuis trois ans.

16. Malade, âgée de 40 ans. Elle a eu quatorze enfants et six avortements. Dernier accouchement date de sept ans. Il y a cinq à six ans qu'elle souffre de pertes menstruelles très profuses avec caillots à des périodes irrégulières. L'abdomen contient une tumeur qui présente des inégalités de surface et atteint le volume d'une tête d'enfant.

L'hydrastis et l'ergotine ne produisent aucun effet. Au moment de la castration, qui a eu lieu en janvier 1888, l'ovaire gauche était grossi et en dégénérescence kystique. La malade se présente de nouveau six mois après l'opération, les hémorragies avaient cessé.

17. Malade, âgée de 40 ans, multipare. Dernières couches datent de dix-sept ans. Elle souffre depuis trois ans de menstrues très profuses, anticipant la période, et depuis deux ans, hémorragies, atipiques, devenues presque continuelles. Etat anémique grave, entraînant la lipothymie à sa suite.

Il y avait déjà quelque temps que la malade se présentait régulièrement à la policlinique. En mars 1892, elle tomba en syncope dans la salle d'attente. A la castration je pus constater que l'utérus, considérablement augmenté en volume, atteignait l'ombilic. Kyste du parovaire gauche de la grosseur d'une noix.

Depuis l'opération (22 avril) jusqu'au 2 mai, il y a eu des hémorragies peu considérables, qui depuis ce jour ont cessé.

18. Malade, âgée de 36 ans, vierge débile et anémique. Depuis juin 1887 les règles ont eu une durée de quinze jours. L'utérus augmenté de volume atteint jusqu'à mi-chemin de l'ombilic et de la symphyse. Son immobilité a pu être constatée par l'examen combiné. Août 1888 castration. En outre des ovaires j'enlève un petit myôme sous-séreux, adhérent à l'épiploon. Au commencement de la période post-opératoire les hémorragies diminuèrent; plus tard, elles reparaissent en s'augmentant et deviennent bientôt aussi abondantes qu'auparavant. Les dernières pertes sanguines remontent à septembre 1889 et durèrent trois semaines consécutives. Un nouvel examen permet de constater que la tumeur avait notablement diminué depuis la première opération.

En décembre 1889, pour la seconde fois, laparotomie. A l'ouverture de l'abdomen on peut s'assurer que la tumeur, dont la plus grande partie occupe le petit bassin, se trouve fixée par de larges adhérences, tant à la paroi pelvienne, qu'à la vessie et au rectum. Il ne peut donc y avoir question de son extirpation.

La thérapie se borne à libérer autant que possible les attaches.

Le 3 janvier 1891, je reçois avis que, depuis la seconde opération, la malade n'avait pas eu de pertes sanguines.

19. Malade, âgée de 47 ans, III Pare; depuis dix ans ménorrhagies; dans les derniers temps leucorrhée. Symptômes nerveux, hypéresthésies sensorielles. Tumeur fibreuse de l'utérus de la grosseur d'un poing d'homme. Castration en juillet 1889. Les deux ovaires, fixés par des adhérences plus ou moins étendues, sont en état d'atrophie. Depuis deux ans cessation complète des règles.

Sur cinquante-deux salpingo-oophorectomies, y compris les ovariotomies, je n'ai pas eu de mort, tandis que sur vingt et une myômotomies j'ai eu le chagrin de perdre trois malades, un résultat qui ne fait que confirmer, ce que les statistiques nous ont prouvé si clairement : que l'ablation des annexes est une opération bien moins dangereuse que la myômotomie. Voici cependant une question, qui ne peut manquer d'occuper notre attention. Comment expliquer le moindre danger de la castration? Les deux opérations exigent l'ouverture de la cavité péritonéale, une longue anesthésie, la libération d'adhérences, l'ablation des annexes, le refroidissement et la manipulation des intestins. Toutes les deux exigent la confection d'un pédicule, et l'abandon de ligatures dans la cavité abdominale. Là où il existe tant d'analogie, où est donc la différence? Sans parler de ces causes de mort subite, qualifiées de shock et d'atrophie cardiaque brune, qui échappent encore à une explication rationnelle, et n'ont fait péricliter que la myô-

motomie, jamais la castration. Je crois avoir justifié les dangers de la myômotomie, surtout en les assignant à la nature et à la signification pathologique du moignon abandonné. Le pédicule de l'ovaire lié consiste en la trompe et le ligament. On peut le maîtriser dans la plupart des cas par un seul fil de soie. Le pédicule laissé par la myômotomie est une masse charnue, donnant accès à un canal riche en organismes pathogènes, qui, malgré l'antisepsie la plus minutieuse, pendant et après l'opération, ne peuvent pas être détruits avec sécurité entière. En outre le moignon présente une grande plaie fournissant une occasion favorable aux adhérences. Les faits communiqués à l'appui de la discussion sur la myômotomie, prouvent que les troubles, qui entravent la convalescence, ainsi que les dénouements fatals, généralement peuvent être rapportés à des processus dont le moignon est le siège. Du reste, à un point de vue purement théorique, l'abandon d'un moignon charnu et nécrotisant serait en tout cas matière à réflexion. Rappelons-nous les expériences connues de Chauveau (1).

Lorsque chez un bélier sain, il y a occlusion des vaisseaux du cordon spermatique, par suite de torsion ou de déchirement sous-cutané, le testicule subit une nécrose, tandis que dans le voisinage se développe une inflammation productive sans suppuration ni gangrène. Qu'on fasse préalablement dans les veines une injection de matières putrides, riche en microbes, on voit naître la suppuration au lieu d'une inflammation productive bénigne.

La seule injection de matières putrides sans torsion du cordon spermatique n'éveille aucun phénomène morbide nettement accusé. Kocher (2) démontre en outre, que la suppuration peut avoir lieu chez un chien, aux environs d'une fracture simple, lorsque l'animal a été nourri d'aliments putrides.

L'expérience quotidienne nous livre la preuve, que les blessures insignifiantes affectent autrement les individus; chez les uns elles guérissent par première intention, tandis que chez les autres ayant toutes les apparences d'une bonne santé égale, la moindre égratignure peut prédisposer à la suppuration. Ce fait indiscutable et à la portée de tout le monde, ajouté aux expériences dont je viens de parler, pourrait s'expliquer, en admettant que dans une organisation, présentant toutes les apparences de la santé, mais prédisposée à la suppuration,

---

(1) Comptes rendus hebdomadaires des Séances de l'Académie des Sciences, t. 76, p. 1892.

(2) Langenbeck's Archiv. Vol. 23.

circulent des germes morbides, qui, d'eux-mêmes, ne suffisent pas à la production de symptômes nettement accusés, mais deviennent nuisibles par le contact d'un tissu nécrotique. La probabilité de la suppuration augmente en proportion du tissu nécrotique.

Le cas de castration n° 5 fournit un argument pratique en faveur de cette hypothèse. On se rappelle que la seconde partie de l'opération comportait l'amputation d'un myôme sous-séreux largement pédiculé, faisant la formation d'un abcès, suivi, six mois après, par l'expulsion de la ligature du pédicule. Or, il est évident qu'ici le moignon charnu avait été le siège du mal, tandis que les pédicules des deux annexes, liés avec la même soie, se sont montrés d'une bénignité qui n'a jamais fait défaut à la castration.

On aurait tort de rendre les ligatures élastiques responsables des symptômes pédiculaires. Pour des raisons techniques, j'y ai eu recours dans plusieurs cas d'ovariotomie, qui eurent des suites absolument satisfaisantes.

Si nous considérons l'opération à l'égard du résultat définitif, nous verrons qu'il y a eu, sauf dans deux cas, enrayement constant des hémorragies, amenant une amélioration sensible dans l'état général de la santé.

Quand la tumeur était de volume moyen, et que le temps écoulé depuis l'opération suffisait aux observations, on l'a toujours vu diminuer de grosseur.

Fort des résultats, que je viens de communiquer, je crois pouvoir émettre les conclusions suivantes :

1° La castration pour les myômes de l'utérus est (dans des cas judicieusement choisis) une opération radicale.

2° Elle mérite (dans ces cas-là) la préférence sur l'amputation supra-vaginale, qui est beaucoup plus périlleuse.

3° En faisant un triage rationnel des cas dans lesquels, soit la castration, soit la myômotomie est indiquée, la statistique du traitement opératoire des fibromyômes deviendra plus favorable.

4° Le résultat satisfaisant et les dangers relativement minimes de la castration, une fois universellement reconnus, ouvriront un champ plus vaste à la thérapie opératoire des fibromyômes utérins.

5° La castration est indiquée dans les fibromyômes où :

a. L'hémorragie est le symptôme capital.

b. Où la partie supérieure de la tumeur ne dépasse pas l'ombilic.

Ces deux indications se trouvent généralement ensemble. C'est précisément dans ces cas-là que les annexes présentent d'habitude des changements pathologiques importants et que la tumeur tend à s'atrophier, après la castration.

c. Où la tumeur produit, non pas par son volume, mais grâce à son mode de croissance, des symptômes de compression. Celles-ci sont toujours des tumeurs, qui se sont développées dans la direction du petit bassin, et dont l'extirpation ne peut se faire sans grandes difficultés.

Il ne reste donc pour la myômotomie, que les tumeurs d'un volume exceptionnel, et les cas dans lesquels la dégénérescence kystique de la tumeur serait à craindre.

Dr Heywood Smith said he had operated in two cases upon women near the menopause, and in both the fibroids had quite disappeared, and the uterus had returned nearly to its normal size.

SUR LE TRAITEMENT DE CERTAINS KYSTES DE L'OVAIRE PAR LES INJECTIONS DE SELS DE LITHIUM, D'AMMONIUM, DE PLOMB, ETC.

par M. **G.-M. da Silva Jones** (Lisbonne).

Le 17 février 1883, j'ai lu devant la Société des Sciences Médicales de Lisbonne une communication sur ce sujet. Le procès-verbal de la séance de cette date n'a jamais été publié, mais ma communication se trouve imprimée dans le journal de cette société sous un titre plus général (1). Malgré cela, soit qu'on ne se fût pas trop préoccupé de tenir compte des contributions de la science médicale portugaise — si peu productive à l'ordinaire — soit que son titre eût induit ceux qui l'ont connu à croire qu'il ne s'agissait dans ce travail que de revenir sur un sujet définitivement jugé, il est arrivé qu'aucun des livres de maladies des femmes qui ont été publiés depuis lors à l'étranger, et qui sont venus à ma connaissance, ne parle du traitement, essentiellement nouveau, que j'y ai proposé pour certains kystes de l'ovaire. Je le crois, donc, tout à fait inconnu à l'étranger et je profite de l'occasion de le soumettre à l'appréciation de cette

(1) *Sobre o tratamento dos kystos do ovario pelas injecçoes*, in *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, t. 47., 1883, nº 3, pp. 77-88.

assemblée. Dans mon pays même, mon traitement n'est que peu connu : je n'ai jamais eu ou cherché une bonne occasion de l'essayer, et ceux de mes confrères qui le connaissent se sont bien gardés de l'essayer, soit qu'ils ne l'aient pas compris, ce qui est loin d'être probable, soit qu'ils se croient forcés de le mettre de côté, pour des raisons qu'ils ne m'ont jamais fait la grâce de me faire connaître.

On sait combien l'ovariotomie, avec ses perfectionnements modernes, est devenue le traitement par excellence des kystes de l'ovaire. Ses mauvaises suites, comme celles de toute autre laparotomie ou de toute autre opération sanglante, ont cessé d'être fréquentes, dès que toute contamination a été empêchée, ou très atténuée, par la propreté absolue ou ses équivalents, l'asepsie et l'antisepsie, et qu'on a su mettre les malades, à tous égards, dans les conditions hygiéniques les plus favorables. Mais, au point de vue thérapeutique, c'est-à-dire, quant à l'efficacité du traitement des kystes de l'ovaire par l'extirpation, en outre de ces facteurs généraux, il y en a un autre, savoir : la plus grande précision avec laquelle on établit ses indications et ses contre-indications. Il en résulte que, le plus souvent, on n'entreprend plus cette opération que si elle est bien indiquée et que, quelquefois, même après l'avoir commencée, on ne la complète pas, parce que l'ouverture du ventre a fait reconnaître une contre-indication, dont l'opérateur ne pourrait se rendre compte autrement.

Par suite de cette plus forte précision, toutes les malades de kyste de l'ovaire forment deux groupes. Le premier de ces groupes contient toutes les malades pour lesquelles l'ovariotomie semble le plus précisément indiquée et fournit des succès de plus en plus nombreux, surtout si on n'en compte que celles chez lesquelles l'opération a dû et pu être achevée. Le second groupe ne comprend d'abord que celles qui semblent ne pas être passibles de l'ovariotomie, et qui rendraient la proportion des succès moins élevée, si on la leur appliquait; mais, secondairement, il comprend aussi celles qui n'ont pas succombé des suites d'une ovariotomie non achevée et qui gardent encore leur kyste.

Or, tout en tenant un grand compte de l'extension que peut prendre l'ovariotomie à la suite des perfectionnements apportés à son manuel opératoire, il est à craindre que le progrès dans le diagnostic ne fasse qu'augmenter le nombre des malades chez lesquelles on refuse très correctement d'essayer ou de compléter l'opération, et c'est pour ces malades que je propose un nouveau traitement, par les injections, à mettre en concurrence avec tous les autres pis-allers chirurgicaux qu'on peut être tenté de leur appliquer.

De même que je possède des statistiques comptant plus ou moins exactement les malades qui ont été soumises à l'ovariotomie, j'aimerais a en avoir qui me feraient connaître la proportion de celles qui ont été exclues de ce traitement et de celles qui l'ont refusé par timidité ou pour toute autre cause. Les livres que j'ai lus sont muets sur ce point, ou bien ils ne fournissent à son égard que des données tout à fait insuffisantes, ne me permettant pas de bien délimiter l'aire relative d'application des traitements des kystes de l'ovaire, autres que l'ovariotomie. Cependant, en ne tenant qu'à ce que j'ai vu moi-même, je puis citer assez d'exemples de cet ordre.

De mon temps d'élève en médecine, c'est-à-dire avant 1880, j'ai connu une fille portant un gros kyste de l'ovaire, dont elle avait toujours refusé d'être opérée. C'était un cas de timidité, qui tenait bien, sans doute, au fait qu'elle vivait dans la même rue de Lisbonne où a été faite, en 1866, la première ovariotomie en Portugal, une opération dans laquelle l'opérateur, feu Antonio Maria Barbosa, n'a pas remporté le succès que faisait attendre sa haute renommée. Quoiqu'elle ait vécu assez avant dans l'époque de la chirurgie antiseptique pour connaître les succès répétés qu'obtenait José Maria Alves Branco, elle n'a cessé de refuser l'ovariotomie et elle est morte des suites de son grand kyste.

Il en a été de même, à peu près, de la sœur de l'un de mes amis, fille d'un avocat de Lisbonne; mais, cette fois-ci, en outre de sa timidité, des symptômes de péritonite légère s'étant présentés, les plus notables praticiens de Lisbonne s'étaient arrêtés à ne point conseiller l'opération, crainte d'adhérences qui peut-être ne seraient plus aujourd'hui jugées, *a priori*, une contre-indication formelle.

Quand j'étais chirurgien de garde aux hôpitaux de Lisbonne, feu J. M. Alves Branco, le premier qui ait pratiqué l'ovariotomie avec succès dans mon pays, et dont j'ai été l'un des aides en plusieurs cas dans cette opération, m'a prié de l'aider aussi dans une ponction d'un kyste de l'ovaire, que nous sommes allés faire dans la banlieue de Lisbonne. C'était le cas d'une vieille femme anglaise, que l'âge et d'autres considérations, dont je ne saurais plus faire le résumé, avaient rendue impropre pour l'ovariotomie et qui se trouvait bien de l'effet de ponctions répétées.

Il y a deux ans et demi, environ, j'ai donné mes soins pendant quelques jours à une malade de kyste de l'ovaire, pensionnaire à l'hôpital Estephania, à Lisbonne. Se trouvant en mauvaise santé générale et à un âge assez avancé, on avait cru que l'ovariotomie était contre-indiquée et on l'avait soumise à des ponctions aspiratrices

simples. Des accidents inflammatoires sont survenus pendant ma courte assistance, et je n'ai pas voulu essayer mon traitement dans ce cas et dans de telles circonstances. Du reste, elle semblait ne pas pouvoir profiter d'une méthode de traitement autre que celle des ponctions évacuatrices simples.

Voilà trois, parmi quatre cas, pour lesquels il n'y avait pas peut-être des contre-indications formelles, ou pour lesquels elles ne seraient pas formelles *a priori* aujourd'hui ; mais en voici deux autres à contre-indication non douteuse, quant à moi.

Le plus ancien de ces cas est celui d'une institutrice que j'ai connue plusieurs années à Lisbonne, dont elle parcourait les rues de mon quartier, visitant les enfants qu'elle instruisait à domicile. Elle m'avait dit, chez l'un de mes amis, qu'elle avait toujours refusé l'ovariotomie, qu'elle craignait. Cependant, deux fois, tout près de sa mort en 1888, elle m'a fait mander et me pria de lui dire si elle pouvait être soumise à cette opération. Or, en l'examinant, ce que je n'avais pas fait auparavant, j'ai constaté que son énorme kyste, qui tombait sur ses cuisses jusque tout près des genoux, était recouvert sur le devant d'une grosse carapace. C'était une sorte de croûte, ayant environ soixante centimètres de long sur trente de large et une épaisseur de quinze millimètres, ou plus. Sur les cuisses on voyait aussi des croûtes de même nature, mais moins grosses. En outre de quelques croûtes de favus, je ne me souviens d'avoir vu quelque chose de bien semblable à la carapace de son ventre que sur les jambes d'un jeune homme, dont mes collègues à la consultation de l'hôpital Saint-Joseph, à Lisbonne, entr'autres M. le professeur Bettencourt Rapozo, m'ont fait un jour une énigme, que j'ai résolue en le classant comme souffrant d'ichthyose. Elle souffrait alors d'une inflammation intercurrente de la peau sous-jacente, ce qui provoquait des douleurs, pour le traitement desquelles un confrère lui avait prescrit une solution de cocaïne. La peau non recouverte de croûtes, au tronc, comme sur les cuisses, se trouvait œdématiée. L'odeur butyreuse, fétide, de ces croûtes et l'humidité qu'on constatait sur leurs bords, m'ont fait croire à un eczéma impétigineux, suite d'un intertrigo, et dont les croûtes, à défaut de soins, se seraient superposées pour former cette singulière carapace du ventre. Quoi qu'il en soit, celle-ci occupait toute l'aire sur laquelle devrait porter l'incision d'une ovariotomie ; elle existait depuis longtemps et, puisque la dermatose à laquelle elle était due ne pourrait être guérie (à cause de l'état de la circulation de la peau), elle aurait été un obstacle absolu à l'opération chirurgicale, si on avait songé à la pratiquer ou si elle avait été consentie.

Enfin, mon dernier cas, je l'ai vu l'année dernière, en février, pendant un voyage à Açores. Conduit à un point reculé de l'une de ces îles, tout à fait dépourvu d'assistance médicale, j'y ai dû examiner une dame, chez laquelle, en outre d'un kyste de l'ovaire, j'ai reconnu un rhumatisme polyarticulaire et une grave affection aortique, ayant produit des œdèmes, etc., un ensemble de circonstances que j'ai cru et je crois s'opposer à toute intervention chirurgicale par la laparotomie. Ce cas, d'après les renseignements qu'a pu me fournir dans la suite le Jocelain de la localité, a abouti à une rupture spontanée du kyste vers l'extérieur; seulement, des bornes que, dans sa candeur, il ne saurait franchir, l'ont empêché de bien savoir me dire si cet évènement avait eu lieu par le vagin ou par le rectum. La malade a éprouvé du mieux après cet écoulement et, il y a quelques mois, elle n'avait pas eu de complications septiques, malgré l'absence de tout traitement (1).

Si dans ma pratique générale je compte un certain nombre de cas de kyste ovarien pour lesquels l'ovariotomie n'était pas indiquée ou n'a pas été acceptée, les spécialistes en comptent, sans doute, un nombre beaucoup plus fort, et je suis convaincu qu'ils sauront gré de savoir que quelqu'un cherche à leur procurer une méthode de traitement à essayer en de tels cas.

Tout le monde comprend que, si on parvenait à faire disparaître par des actes physiologiques le liquide qui remplit un kyste, celui-ci se trouverait, de la sorte, guéri, et que, quand même son sac ne se résorberait pas complètement à côté de son liquide, la plupart des accidents produits par le kyste seraient évités. Or, chaque fois qu'on a essayé de traiter les kystes de l'ovaire par les injections, on a eu en vue de provoquer de tels actes physiologiques, ou de rendre plus actifs ceux qui avaient lieu dans le kyste; mais, autant que je sais, on a toujours pris pour point de départ des principes différents de ceux qui se trouvent à la base du traitement que je propose.

En effet, les premières injections dans les kystes ovariens ont été faites en vue de provoquer une irritation inflammatoire et une vascularisation consécutive de la paroi du kyste, car, disait-on, en augmentant la surface des vaisseaux, on augmente la surface d'absorption.

---

(1) En revisant les épreuves de cette communication, je puis ajouter que, en date du 14 février 1893, on m'écrivait que la malade avait éprouvé encore du mieux dans les derniers mois, qu'elle avait maigri, que sont ventre s'était un peu affaissé, que ses douleurs ne la troublaient pas aussi fort qu'auparavant, et que son visage avait repris quelques couleurs.

Les liquides iodés, qui ont remplacé presque tous les autres irritants, n'ont été d'abord employés que dans le but d'obtenir ce même effet. Plus tard, on a dit que ces liquides iodés agissaient par substitution ; mais ceci revient toujours à dire qu'ils agissent par irritation, car c'est ainsi que tous les substitutifs produisent des effets curatifs. Chaque fois qu'on ne vidait pas franchement le kyste avant de l'injecter, la vascularisation inflammatoire de la paroi se trouvait être le résultat immédiat à attendre, ce me semble, et l'adhésion ou l'oblitération du sac n'était qu'un effet secondaire de cette inflammation. Si, au contraire, on vidait le sac aussi complètement que possible et on y poussait ensuite le liquide à injection, on songeait plutôt à l'inflammation adhésive, qui produirait l'oblitération du sac. Ainsi, donc, on cherchait la vascularisation du sac et son inflammation ; on se basait sur ce qu'on savait de l'inflammation.

Moi, j'ai conçu un traitement ayant en vue, au contraire, d'éviter l'inflammation du sac et qui se distingue de tous les autres par l'adoption de quelques principes de physique dont les chirurgiens n'ont pas tenu compte dans leurs essais de thérapeutique des kystes.

Dans le problème de la guérison des kystes, nos modificateurs locaux peuvent être adressés à la paroi du kyste ou à son contenu. Si c'est à la paroi qu'ils s'adressent, il n'y a pas que la vascularisation de celle-ci qui puisse être utile (si elle l'est, en vérité). En effet, la résorption du liquide est un phénomène physique de l'ordre de l'osmose et de la diffusion, et il y a des circonstances, autres que l'étendue des membranes, qui influent sur ces phénomènes. L'état de la membrane osmotique et la nature des liquides en sont du nombre, et c'est sur ces deux circonstances que je veux attirer l'attention.

Un fait très curieux, que la physique expérimentale a pleinement démontré, c'est que les solutions de certaines substances, après leur passage par un filtre, laissent celui-ci tellement modifié, que les solutions d'autres substances le traversent plus rapidement qu'elle ne le faisaient auparavant. Or, dans la discussion des phénomènes de l'écoulement des liquides dans les espaces capillaires, on est conduit à admettre que, dans ces cas, le passage des premières solutions a pour effet, non l'élargissement de ces espaces, mais bien une augmentation de la portion du diamètre de chaque espace, que de nouvelles solutions peuvent mettre à profit pour leur écoulement. En effet, on démontre en physique que tout liquide qui se meut dans un espace quelconque, limité par des parois solides, se divise en deux portions : une portion presque immobile, qui adhère aux parois qui limitent l'espace, et une autre portion qui se meut sur la première, si bien que,

si c'est dans un tube que le phénomène a lieu, la première de ces portions forme une gaîne à la seconde.

Cette couche de liquide étant plus ou moins épaisse, selon la nature du liquide, il en résulte que, *cœteris paribus*, c'est de son épaisseur que dépend le plus ou moins de célérité du mouvement dans un espace donné. C'est à la petite épaisseur de cette couche liquide adhérente que certaines solutions doivent la propriété de s'écouler bien plus vitement que ne le font quelques autres. Il y a plus : pour quelques solutions, cette couche tient si fortement aux parois que ce n'est que très difficilement qu'elle cède la place à d'autres solutions.

Si, dans ces derniers cas, la couche formée par la première solution est moins épaisse que ne le serait celle formée par la nouvelle solution, il est évident que celle-ci ne peut que s'écouler plus vitement que si elle n'avait pas été précédée par l'autre, et c'est ce qui arrive, en effet.

Tel est l'un des faits que je voudrais mettre à profit dans le traitement des kystes par les injections, et, l'expérience ayant démontré que, parmi les solutions essayées, celle de nitrate de plomb possède au plus haut degré cette propriété de rendre plus rapide le passage des solutions par les espaces qu'elle a parcourus, je la propose pour être essayée l'une des premières dans le but de modifier les propriétés physiques de la paroi kystique et surtout de la paroi de ses vaisseaux.

Des considérations, qui mettraient trop de temps à être exposées, me conduisent à croire que plusieurs solutions de sels des métaux pesants, tels que le mercure, l'or et le platine, si elles étaient essayées, se montreraient douées de la même propriété qui est si remarquable dans le nitrate de plomb. Cela étant, elles devraient être aussi essayées dans le traitement des kystes; je vais plus loin : comme elles ne sauraient être nuisibles dans les proportions à employer, je propose, le cas échéant, de les soumettre a un essai, comme des succédanés du nitrate de plomb, avant même que de les avoir soumises à l'expérimentation dans le laboratoire de physique.

Si, maintenant, nous considérons l'influence de la nature du liquide sur l'osmose et la diffusion, nous verrons que, quelles que soient toutes les autres conditions des phénomènes, il y a des solutions de certains sels qui se meuvent plus vite dans les espaces capillaires que celles de tous les autres sels essayés. Sous ce rapport, aucun sel ne dépasse le chlorure de lithium, et, par suite de considérations analogues à celles que j'ai faites avant que de proposer les injections au nitrate de plomb, je propose de faire des injections de chlorure de lithium dans les kystes de l'ovaire, afin de modifier la composition de leur contenu et de le rendre plus diffusible.

Comme pour le nitrate de plomb, je suis mené à croire qu'il y a des sels pouvant fonctionner comme des succédanés du chlorure de lithium, et, selon toute probabilité, il faut les chercher parmi ceux qui possèdent le plus faible poids moléculaire.

S'il en est ainsi, peut-être dans le fluorure de lithium nous retrouverions un agent encore plus diffusible que ne l'est le chlorure de lithium, dont il devrait prendre la place principale.

Ainsi, donc, d'après mon exposé, dans la série des sels, rangés d'après leur poids moléculaire, il y aurait, à un bout, parmi les sels à plus fort poids moléculaire, des corps rendant les membranes plus perméables aux liquides, et à l'autre, des corps rendant les liquides plus pénétrants envers les membranes.

Mais ce n'est pas tout : parmi tous ces corps, il y en a un duquel on peut dire dès maintenant qu'il possède ensemble les deux propriétés appartenant aux sels rangés aux extrémités de cette série — c'est le chlorure d'ammonium. Non seulement ses solutions se meuvent dans les espaces capillaires presqu'aussi vite que celles de chlorure de lithium, mais elles donnent aux membranes qu'elles ont traversées la même propriété d'être plus perméables, qui leur est donnée par la solution de nitrate de plomb.

Le chlorure d'ammonium réunissant, donc, à un haut degré, les deux propriétés sur lesquelles se fonde mon nouveau traitement des kystes de l'ovaire (et de plusieurs autres kystes), tant qu'aucun autre sel ne lui dispute à bon droit la préférence, c'est lui qu'il faut essayer le premier. Je dis « tant qu'un autre sel ne lui dispute la préférence », parce que je prévois que le fluorure d'ammonium peut bien la lui disputer. En effet, je ne crois pas que ce soit au chlore que le sel ammoniac doit la propriété de rendre les membranes plus perméables, et, s'il ne la doit pas à un état particulier d'agrégation ou d'hydratation de ses molécules, il y a tout lieu de croire qu'il la doit à la molécule ammonium qui entre dans sa composition. Cela étant, il en serait de même pour le fluorure d'ammonium. Comme, d'un autre côté, ce fluorure est le sel à poids moléculaire immédiatement supérieur à celui du fluorure de lithium, tant que l'expérience ne nous éclaire pas, rien ne s'oppose à s'attendre à le voir, par une double propriété, comme celle du chlorure d'ammonium, surpasser les effets prévus du chlorure ou du fluorure de lithium.

J'en ai assez dit pour faire comprendre sur quoi repose le traitement que j'ai imaginé, dans une voie sur laquelle je crois que personne ne m'a devancé. Lors de la publication de ma première communication, l'un de mes amis m'ayant annoncé que le professeur

Luton, de Reims, avait proposé les injections de chlorure de sodium et de chlorure de calcium dans les kystes, il se peut que ce professeur ait eu en vue de profiter de la grande diffusibilité de leurs solutions; mais je n'ai jamais lu sa proposition et je ne sais pas à quoi m'en tenir sur les principes qui l'ont guidé. Si nous nous rencontrons sur la même voie, je suis heureux de me trouver en si bonne compagnie; je dois dire, cependant, que, de tous les corps à solutions très diffusibles qu'on doit essayer en injections dans les kystes, le chlorure de sodium doit être placé le dernier, ce me semble. La raison en est que, étant, de tous les sels, celui qui existe en plus forte proportion dans le sang et dans la lymphe — les liquides vers lesquels il s'agit de faire diffuser le contenu du kyste — il ne peut trouver dans ces liquides cette sorte de vide que leur donnerait son absence et qui est une condition favorable à la diffusion.

Mais le professeur Luton a proposé une méthode générale de traitement des kystes, fondée sur d'autres manières d'agir sur leur contenu, et dont on peut profiter concouramment avec les moyens que j'ai proposés et que je propose à nouveau. Nous reconnaissons, tous deux, que la nature colloïde du contenu des kystes est ce qui rend impossible son absorption par les vaisseaux; mais, tandis que j'ai proposé de le rendre plus diffusible par l'addition de quelques corps, il a proposé de faire des injections de corps, tels que l'alcool, qui, en précipitant les corps colloïdaux, en débarrasseraient le liquide kystique, le rendant aussi plus diffusible. Or, j'accepte l'application de cette méthode comme un adjuvant de la mienne et comme j'en ai déjà accepté une autre dans ma première communication. Il s'agit de considérer le peu de solubilité du chlorure de lithium et, pour y remédier, j'ai accepté de lui mélanger le carbonate de lithium, en ajoutant qu'il pourrait produire l'effet fluidifiant des solutions alcalines, tel qu'il avait été recherché auparavant, afin de rendre plus facile l'écoulement du liquide kystique par les canules, et c'était bien l'acceptation d'une méthode auxiliaire, comme je la fais maintenant pour celle du professeur Luton.

Je me passe de dire tout ce qu'on peut faire par un traitement pharmacologique afin de favoriser l'action des sels injectés dans les kystes ovariens, et je ne discuterai pas non plus la question de savoir si, par l'administration des sels à l'intérieur, on peut obtenir le même effet que par leur injection à l'intérieur du kyste.

Quant à la manière de faire intervenir les différents agents du traitement que je propose pour les kystes ovariens non passibles de l'ovariotomie, ou pour lesquels elle ne serait pas acceptée, je ne puis

présenter que des généralités ; pour chaque cas, le chirurgien doit se faire un plan d'action, obéissant aux particularités qu'il présentera. Le traitement devant être essayé dans une série indéfinie de séances, le chirurgien doit même se préparer à changer de plan d'une séance à l'autre, si l'observation de la malade le lui impose. Il y aura nécessairement quelque différence dans la manière d'agir, selon qu'on se proposera de produire en même temps la modification de la paroi absorbante et du liquide à absorber, ou bien qu'on se proposera de modifier d'abord la paroi et ensuite le liquide. Dans ce dernier cas, la première séance ne fera que préparer le kyste pour la deuxième, mais je ne saurais fixer *a priori* à quel intervalle celle-ci devra être faite.

Quelle que soit la solution à injecter, elle doit être chaude et aseptique, d'une concentration variable selon la nature du sel et le volume du kyste. On doit veiller à ce que jamais cette solution ne soit caustique, ni ne puisse devenir toxique. Dans le choix du sel à employer, il faut se préoccuper de savoir s'il est assez diurétique, comme le sont notamment les chlorures de lithium et d'ammonium, car, autrement, il pourrait donner lieu à des métastases dangereuses. Il en serait de même, si le rein ne fonctionnait pas assez bien, auquel cas il faudrait recourir à d'autres émonctoires, dont on provoquerait l'hypercrinie par des moyens appropriés.

Je suppose un kyste assez gros, même très gros. Si, avant de se décider à le traiter par les injections, on se trouvait forcé de le ponctionner pour soulager la malade, le liquide retiré devrait être soumis à une étude, afin de reconnaître, entre autres choses, sa densité, sa diffusibilité naturelle, les modifications qu'elles subiraient par l'addition de solutions des différents sels qu'on se proposerait d'essayer en injection. On pourrait même faire une ponction exprès pour retirer une portion de liquide et la soumettre à cette étude, avant de commencer le traitement par les injections. Si non, pour la première injection on choisirait, par exemple, la solution de chlorure d'ammonium, dont on ferait préparer un litre environ. Par une ponction aspiratrice, faite avec tous les soins antiseptiques, on retirerait une certaine portion du liquide kystique, qui serait exactement mesurée en volume, afin de la faire substituer par une quantité à peu près égale de solution de chlorure d'ammonium ; et ce liquide retiré par la ponction serait alors soumis aux essais que j'ai indiqués ci-dessus et, surtout, on ne se passerait pas de le mélanger à une portion de ce qui resterait de la solution qu'on viendrait de pousser dans le kyste. Pendant quelques jours, la malade

resterait en observation, exactement comme s'il s'agissait d'une ascite en traitement, afin de voir si son kyste changeait de volume, si ses urines devenaient plus abondantes, si elles contenaient le sel injecté, etc. L'étude du liquide retiré du kyste ayant été faite pendant ce temps, elle permettrait de savoir à quoi s'en tenir sur le sel à employer quand il s'agirait de renouveler l'injection. Une semaine après la première injection, ou dès qu'on se serait assuré qu'elle avait cessé de produire un effet, si aucun accident ne se présentait, on devrait recommencer.

Les trocarts employés dans ce traitement devraient être aussi fins que possible et de différentes longueurs pour les différents cas. Les ponctions devraient être faites plutôt sur des points présentant des adhérences à la paroi abdominale; en cas de doute sur l'existence de celles-ci, la quantité de liquide injecté ne devrait pas être aussi forte que celle du liquide aspiré. On devrait essayer de se rendre compte, d'après la station habituelle de la malade, de la position de la calotte du kyste contre laquelle le liquide injecté, par suite de sa moindre densité, devrait venir s'appliquer immédiatement après l'injection, afin de voir s'il ne conviendrait pas de changer l'attitude ou la station de la malade. Ces changements de station et d'attitude, toujours très ménagés, très doucement accomplis, seraient même la règle chaque fois que, en se proposant de modifier la paroi du kyste, on aurait en vue de le faire dans une grande étendue et non dans une aire restreinte. A propos de la place occupée dans le kyste par le liquide injecté, je dois dire qu'il ne me semble pas indifférent que la solution soit poussée vers tel ou tel autre pôle du kyste, ou que tout le liquide à injecter soit poussé en masse vers un point, ou par des fractions déposées sur différents points, devant être autant de centres de désagrégation du liquide kystique.

Quoique j'ai dit que, pour le cas où l'on devrait employer une solution pour modifier la paroi du kyste et une autre pour modifier le liquide qu'il contient, ces deux solutions devraient être employées en deux séances, et quoique cette pratique soit celle que je conseille dans les premières applications de ma méthode de traitement par les injections, je prévois que la pratique des injections fractionnées, en une seule séance, à laquelle je viens de faire allusion, peut être le trait d'union pour un procédé dans lequel les deux liquides seraient injectés en deux ou en plusieurs temps, mais en une seule séance.

La question des injections fractionnées en éveille une autre : celle des aspirations fractionnées. On peut se demander, en effet, s'il ne sera pas indifférent, pour la réussite du traitement, de faire l'aspiration d'un coup, en maintenant la pointe de la canule dans un même

point, ou de la faire à petits coups successifs, en dirigeant la pointe de la canule vers différents pôles du kyste, ou bien de ne changer la direction de la canule que d'une séance à l'autre. Quant à moi, ces différentes variations dans le *modus faciendi* ne sont aucunement indifférentes et elles peuvent être exigées par la nature du kyste, qui peut aussi rendre nécessaire l'emploi de trocarts assez longs, pour atteindre des *septums* siégeant à une certaine profondeur et divisant le kyste en plusieurs locules.

Si, au lieu d'injecter un liquide, tel que la solution de sel ammoniac, on se proposait de modifier d'abord la paroi du kyste par la solution de nitrate de plomb ou par une autre solution d'un métal pesant, pour s'attacher ensuite à modifier le liquide kystique, par le chlorure de lithium, par exemple, et par des corps qui précipiteraient ou détruiraient les corps colloïdaux, sauf quelques différences à indiquer maintenant, chacune de ces injections serait plutôt faite en une séance spéciale et, d'une manière générale, par les mêmes procédés que j'ai indiqués à propos du chlorure d'ammonium. La solution de nitrate de plomb serait assez faible pour ne pas être caustique et pour ne pas être précipitée par les chlorures contenus dans le liquide du kyste, ou par ceux qu'on y injecterait dans la suite ; elle serait injecté en assez petite quantité pour ne pas provoquer une intoxication saturnine, même si elle était assez rapidement absorbée par la paroi du kyste ; et il vaudrait mieux de ne pas en injecter un volume qui dépasserait la moitié du liquide retiré du kyste pour lui faire une place. Il va de soi que le nitrate de plomb étant surtout destiné à modifier la paroi du kyste, c'est vers cette paroi qu'il faudrait pousser l'injection ; si rien ne faisait croire à un avantage de la faire agir sur une aire donnée de la paroi, il faudrait aussi la faire parcourir plusieurs méridiens du kyste par les changements ménagés de la station et de l'attitude de la malade, dont j'ai parlé à propos du chlorure d'ammonium.

D'après les données fournies par l'analyse des urines ou par la pratique de la méthode, on cherchera à établir le moment ou la paroi du kyste se trouvera le plus fortement imbibée de nitrate de plomb, car on conçoit que ce sera le moment le plus convenable pour exécuter la seconde injection, destinée à modifier la diffusibilité du liquide kystique, soit par l'addition d'un sel tel que le chlorure de lithium, soit par la précipitation des substances colloïdales. *A priori*, on ne peut conseiller que de faire alterner ces injections avec celles des liquides modificateurs de la paroi ; mais il se peut que la pratique de la méthode nous montre que, une fois modifiée par l'application d'un sel d'un métal pesant, la paroi du kyste garde assez de temps cette

modification, pour qu'on puisse faire avec profit plusieurs injections des sels agissant sur le contenu du kyste, avant que de revenir au premier.

Avant de conclure, ce que je vais faire sans que le sujet soit épuisé, je dois faire remarquer combien le chlorure d'ammonium, quand il ne suffirait pas, à lui seul, au traitement par les injections, prêterait aux injections qui alterneraient avec celles de chlorure de lithium. J'ajouterai que, si on devait donner un jour la préférence à la double injection en une seule séance, c'est à une combinaison ou à un assemblage de sels, de cet ordre, qu'il faudrait accorder d'abord la préférence.

Conclusions.

Voici les conclusions par lesquelles je résume les principaux points de ce que je viens d'exposer :

1. Les injections aux chlorures de lithium, et d'ammonium, au nitrate de plomb, etc., dans certains cas de kystes de l'ovaire, ont été proposées par moi depuis 1883.

2. L'ovariotomie est le traitement par excellence des kystes de l'ovaire, mais il y a un groupe de malades chez lesquelles elle ne peut être essayée ou achevée, et c'est parmi ces malades et celles qui la refusent par timidité, etc., qu'il faut chercher des cas dans lesquels les injections de ces sels doivent être essayées.

3. Loin de chercher la vascularisation et l'adhésion inflammatoire des parois du sac, qu'on recherchait dans les anciennes méthodes de traitement de kystes par les injections, la méthode qui vient d'être exposée, se fondant sur de nouveaux principes de physique, tend à éviter toute inflammation.

4. Les membranes traversées par la solution de nitrate de plomb, et probablement aussi par celle de plusieurs sels des métaux à fort poids moléculaire, sont plus vitement traversées par les solutions des autres sels qu'elles ne l'étaient auparavant.

5. Parmi les sels étudiés, ceux à plus faible poids moléculaire sont, en général, ceux dont les solutions traversent le plus vivement les membranes, et le chlorure de lithium surpasse tous les autres à cet égard, mais il se peut qu'il soit lui-même surpassé par le fluorure de lithium.

6. La solution de chlorure d'ammonium, qui traverse les membranes avec une vitesse qui ne le cède qu'à celle de la solution de chlorure de lithium, possède, en outre, presqu'à un aussi haut degré que celle de

nitrate de plomb, la propriété de rendre plus rapide le passage des autres solutions au travers des membranes qu'elle a traversées, et peut-être le fluorure d'ammonium se montrera-t-il à l'avenir doué de cette double propriété, à un plus fort degré que ne l'est le sel ammoniac lui-même.

7. On doit essayer l'application de ces propriétés de ces différents sels dans le traitement des kystes ovariens (et de quelques autres kystes) par les injections, soit pour modifier l'état de leur paroi ou de leur contenu, soit pour modifier l'un et l'autre.

8. Dans cette méthode de traitement, les injections doivent être faites par déplacement et, autant que possible, en obéissant, dans le choix du sel ou des sels à essayer, aux données fournies par une étude très attentive du liquide extrait du kyste avant d'y pousser l'injection et aux données fournies par l'observation très minutieuse de l'état de la malade.

9. Si l'on n'emploie pas le chlorure d'ammonium tout seul, ou un autre sel possédant les deux propriétés qui le recommandent, les deux sels, qu'on peut employer en vue de modifier la paroi du kyste et son contenu, doivent être injectés en deux séances, en un ou plusieurs temps, selon les cas, et la pratique de la méthode pourra seule faire savoir à quel intervalle ces séances doivent être tenues ou s'il y a quelque avantage à faire des injections de différents sels en une seule séance.

10. Quel que soit le plan de traitement, établi d'après cette méthode, et les modifications qu'il doive subir pendant son exécution, il doit être poursuivi assez longuement, quel que soit le résultat obtenu au début, pour ne cesser, ou n'être suspendu, que lorsqu'on aura constaté la guérison ou un accident devant occasionner une interruption temporaire ou définitive du traitement.

TAMPONNEMENT INTRA-UTÉRIN

par M. **Auvard** (Paris).

Le tamponnement intra-utérin est un moyen hémostatique puissant qu'on emploie, soit pendant la puerpéralité, alors que l'utérus est partiellement ou complètement évacué, soit en dehors d'elle.

Ce moyen préconisé en Allemagne par Dührsen, en 1887, et quelques semaines après par moi en France, a été rapidement connu du monde scientifique, mais comme tout procédé nouveau, allant contre les principes reçus, il a d'abord été entouré d'incrédulité.

Actuellement ce moyen est vulgarisé; cependant comme il rencontre encore une certaine opposition auprès de quelques gynécologues et accoucheurs, j'ai pensé qu'il serait utile de faire ici connaître les résultats de ma pratique personnelle.

On peut diviser en cinq catégories les cas où se pratique le tamponnement intra-utérin.

1° L'hémorragie après accouchement.

2° L'hémorragie après avortement.

3° L'hémorragie du post-partum.

4° L'hémorragie après curage.

5° L'hémorragie après myômectomie vaginale.

1. J'ai pratiqué le tamponnement intra-utérin douze fois après la délivrance consécutive à l'accouchement, et pour des hémorragies abondantes provenant, soit du corps, soit du col. Sur ces douze cas j'ai eu deux morts, l'une de tuberculose deux mois après l'intervention, et qui ne saurait être imputée à la méthode, et l'autre d'accidents septicémiques, une dizaine de jours après l'accouchement (ce tamponnement fut fait par mon interne). Aucune des femmes que j'ai tamponné dans cette catégorie de cas, n'est morte d'hémorragie.

2. Après l'avortement, j'ai eu recours au tamponnement intra-utérin, tantôt après évacuation complète de l'utérus (trois cas), tantôt pendant le décollement placentaire, alors que ce décollement entraînait une hémorragie dangereuse (quatre cas). Dans les trois premiers cas, les suites ont été des plus favorables; dans les quatre derniers cas, deux fois la délivrance a eu lieu au moment où on enleva le placenta, dans ces cas il y eut rétention partielle des annexes avec lochies fétides, qui cédèrent assez promptement aux injections intra-utérines; pas d'accidents après l'autre cas où je dus procéder au curage. Toutes ces femmes d'ailleurs guérirent.

J'ai en outre pratiqué cinq fois le tamponnement utérin après extraction totale du délivre abortif du deuxième au cinquième mois; extraction avec le doigt ou la curette.

Donc :

Tamponnement après évacuation spontanée, trois fois.

Tamponnement après rétention, quatre fois.

Tamponnement après curage digital et instrumental, cinq fois.

Toutes ces femmes ont guéri.

3. Dans un seul cas, trois jours après l'accouchement, j'ai eu, à cause de l'abondance de l'hémorragie, l'occasion de pratiquer le tamponnement, il s'agissait de la rétention d'un débris placentaire.

L'hémorragie a été bien arrêtée, et le fragment éliminé en enlevant le tampon. Les suites ont été favorables.

4. A la suite du curage pour utérus cancéreux, j'ai pratiqué le tamponnement intra-utérin huit fois, et quatre fois seulement après le curage pour endométrite ; il est exceptionnel, en effet, que dans ce dernier cas il y ait un écoulement sérieux de sang ; dans ces divers cas, les résultats immédiats et lointains ont été excellents.

5. Alors que par la torsion ou le morcellement on a enlevé un myôme intra-utérin, il arrive que le pédicule saigne plus ou moins suivant son volume et sa vascularité. J'ai eu à pratiquer cinq fois le tamponnement pour une hémorragie de ce genre ; dans quatre cas, l'hémostase fut prompte, dans le cinquième, l'hémorragie continua malgré le tamponnement, et j'appliquai sur le col pour le compléter, trois pinces de Museux, qui comprimaient les lèvres du col sur la gaze iodoformée, de manière à obstruer la cavité utérine ; à partir de ce moment l'écoulement fut minime. Ces différentes femmes ont guéri.

D'après la rapide communication qui précède, on voit donc que dans l'obstétrique et la gynécologie, le tamponnement intra-utérin donne d'excellents résultats et qu'il constitue un des meilleurs moyens à appliquer en pareil cas.

Je me sers pour le pratiquer de bandes de gaze iodoformée à 20 %, longues de 5 mètres, et larges de 10 centimètres pour le tamponnement puerpéral, et de 5 centimètres seulement pour le tamponnement gynécologique. Il est important d'avoir ces deux dimensions de bandes, à cause de la capacité tout à fait différente de l'utérus suivant qu'il y a ou non puerpéralité.

Le tamponnement doit être laissé de douze à vingt-quatre heures en place.

A défaut de gaze iodoformée on peut employer de la gaze simple, préalablement trempée dans une solution antiseptique, mais la gaze iodoformée est préférable, et pour ma part elle ne m'a jamais donné dans l'utérus d'accidents d'intoxication.

DES TUMEURS VÉGÉTANTES OU PAPILLAIRES DE L'OVAIRE

par M. **H. Duret** (Lille).

I.

Les *tumeurs végétantes* de l'ovaire forment une entité clinique, encore entourée d'obscurités, qu'il importe, cependant, d'essayer d'élucider. Elles doivent prendre place, dans le cadre nosologique des tumeurs de l'ovaire à côté des kystes unis et pauci-loculaires, des tumeurs polykystiques glandulaires, enfin des néoplasmes solides, carcinômes, fibrômes et sarcômes. Elles peuvent constituer une *quatrième classe* de tumeurs, dont le diagnostic clinique, ne nous semble pas toujours impossible.

Les chirurgiens qui pratiquent ordinairement les laparotomies ont pu rencontrer, dans leurs opérations, les *variétés* suivantes :

1° Des kystes, plus ou moins volumineux, contenant dans leur intérieur un liquide séreux ou albumineux, souvent hématique, et des productions végétantes internes, disséminées çà et là. Si les végétations sont peu volumineuses, ne forment pas *masse*, ce ne sont, à proprement parler, que des *kystes papillaires*, et le diagnostic ne s'en fait qu'après l'ovariotomie, lorsqu'on ouvre la poche. D'ailleurs, les kystes végétants et papillaires ne nécessitent pas une intervention chirurgicale, qui diffère de celle des kystes ordinaires de l'ovaire;

2° Dans une seconde catégorie de faits, le chirurgien constate, dans la cavité abdominale, une large poche kystique et, sur ses côtés, dans une des fosses iliaques, dans un des flancs, ou en avant d'elle, il trouve une *masse solide*, mais très molle, irrégulière en surface, ayant le volume du poing, d'une tête de fœtus ou d'adulte. Il existe ordinairement une ascite plus ou moins abondante. Ce sont des kystômes à végétations externes ;

3° Dans d'autres circonstances, le chirurgien trouve dans l'abdomen, une tumeur unique, *sans cavité kystique à contenu liquide*, inégale à la surface, molle, rénittente, occupant une grande partie de la région sous-ombilicale, ou s'inclinant un peu vers le flanc. Il reconnaît cette masse molle, soit immédiatement, soit après évacuation d'une certaine quantité de liquide ascitique. La laparotomie montre que la tumeur est contenue dans une poche ou membrane distendue en certains

points, amincie, éraillée dans d'autres, d'où sortent parfois des paquets de végétations en chou-fleur.

Dans un cas de ce genre, nous avons dû procéder par *éviscération*, car la poche occupait tout le petit bassin et y était adhérente; nous y avons puisé avec les mains, une grande quantité de substance fongueuse molle, encéphaloïde. Alors seulement nous avons pu pédiculiser et extraire la poche ;

4° Une dernière variété de tumeurs végétantes est constituée par des masses en chou-fleurs, fréquemment bilatérales, correspondantes à chacun des deux ovaires, *occupant exclusivement la cavité du bassin*. Elles s'accompagnent ordinairement d'une ascite très abondante, et ne sont appréciables que par le toucher du vagin, dont elles distendent plus ou moins les culs-de-sacs latéraux, *donnant au doigt une sensation spéciale*.

Telles sont les quatre variétés cliniques de tumeurs végétantes de l'ovaire, que nous croyons devoir signaler : les trois dernières surtout sont susceptibles d'être reconnues en clinique, et peuvent être l'objet d'un diagnostic préalable à l'opération.

II.

Au point de vue de leur *nature anatomique*, ces tumeurs forment deux classes distinctes :

1° Les unes sont des *épithéliômes* ;

2° Les autres, des *papillômes*. Cette dernière variété est plus rare.

On trouvera leur description complète dans la thèse très étudiée d'un de nos internes, le Dr Wacquez, de Valenciennes. (Paris 1890). Malassez, de Sinety, Coblentz et Poupinel avaient déjà, depuis quelques années, élucidé la nature histologique, et fait connaître les variétés des *végétations* internes et externes des *kystes* ovariens.

Nous n'envisagerons, dans cette note, que les *tumeurs végétantes*, dites en chou-fleur, dont le diagnostic peut être établi en clinique.

C'est pourquoi nous ne parlerons pas des végétations sarcomateuses, fibro-sarcomateuses, ou myxomateuses, qu'on décrit encore dans les kystômes ovariens.

Les *tumeurs végétantes* proprement dites ne comprennent donc, pour nous, que deux variétés anatomiques : des *épithéliômes* et des *papillômes*.

a) Dans les végétations *épithéliômateuses* on trouve, au microscope, une charpente de nature conjonctive, limitant des alvéoles arrondies ou elliptiques, et remplies de masses épithéliales à cellules *métatypiques*

ou *atypiques*. Ce sont de véritables cancers définitivement constitués, ou en voie de formation (1).

b) Les tumeurs végétantes *papillômateuses* ont une structure plus régulière, quoique leur aspect extérieur ne diffère guère, à l'œil nu, des productions précédentes. Les végétations qui les constituent sont molles, grisâtres, d'aspect encéphaloïde; elles sont arborescentes assez régulièrement. Toutes sont constituées par une charpente ou *axe* de nature conjonctive pourvu d'un vaisseau au centre, et par un revêtement épithélial, ayant une disposition régulière, ordinairement formé d'une couche de cellules cylindriques ou caliciformes.

III.

Quels sont les *caractères cliniques* des tumeurs végétantes de l'ovaire? Ils peuvent se grouper sous forme de trois *syndrômes* principaux :

1° L'*ascite* avec ses caractères spéciaux ;

2° La *sensation* que fournissent au palper les masses végétantes ;

3° Les *modes* particuliers de leur évolution.

A. — *Ascite.*

L'ascite est extrêmement fréquente dans les tumeurs végétantes de de l'ovaire : elle est leur compagne assidue. Poupinel l'a constatée cent cinquante-deux fois ; Wacquez l'a vue quarante fois sur cinquante-cas. Elle est souvent fort abondante, et nous avons pu retirer quinze à vingt litres de liquide. Le ventre est alors distendu sur le milieu et

---

(1) Dans une observation de la thèse de Wacquez, M. le Prof. Augier insiste sur les caractères de ces transformations : « Dans certaines parties de la tumeur qu'il a examinée, les masses épithéliales étaient formées de cellules cylindriques à cils vibratiles, disposés assez régulièrement entre les parois des alvéoles, de manière à former un revêtement épithélial continu en une ou plusieurs couches. Ce revêtement est par places si régulier qu'on a l'aspect de la coupe transversale ou longitudinale d'une glande. Dans d'autres alvéoles le revêtement épithélial est végétant à leur intérieur, et les remplit de masses bourgeonnantes. Dans d'autres enfin, il est distribué irrégulièrement et les alvéoles sont remplies de cellules *atypiques* des formes les plus variées, comme dans le véritable carcinôme ». Ces dispositions épithéliales si différentes permettent d'expliquer les degrés si variables de la *malignité* des tumeurs végétantes. Les unes sont des papillômes en voie de transformation, les autres des épithéliômes glandulaires, d'autres de véritables carcinômes.

sur les côtés ; il prend la forme d'un ventre de *batracien*. La cicatrice ombilicale est déplissée ; des réseaux veineux se dessinent sur la paroi, parfois œdématiée dans ses parties déclives, et il existe, dans les périodes avancées des œdèmes des membres inférieurs, des phlegmasias, etc.

Le liquide contenu est parfois séreux ; mais souvent un peu plus onctueux que l'eau, sans être ni filant, ni visqueux ; il n'acquiert ce dernier caractère que lorsque le kyste est *déhiscent*, c'est-à-dire, lorsque les végétations de dedans en dehors, ou inversement, en ont crevé la paroi.

Il renferme souvent des éléments épithéliaux spéciaux (cellules ovariennes de Drysdah, masses endothéliales ou épithéliales de Foulis et Thornton, semblables à celles des cellules proliférantes des végétations).

Un autre caractère important des ascites des tumeurs végétantes consiste dans leur aspect *hématique* ou sanguinolent. — Sur cent cinquante-deux cas, Poupinel l'a rencontré dix-sept fois, et sur cinquante-quatre observations, Wacquez le signale également dix-sept fois ; soit en moyenne une fois sur dix.

La coloration de ce liquide est fort variable, rouge, brune, rosée, quelquefois à peine sensible. Dans d'autres cas, ce n'est que dans le dépôt du liquide qu'on découvre les *hématies* en grand nombre.

Lorsqu'on fait plusieurs ponctions successives à quelques jours de distance, il est fréquent d'avoir un liquide tantôt clair, tantôt sanguinolent.

Le sang provient de la rupture des vaisseaux délicats des végétations, à la suite de froissements, de mouvements ou de congestions secondaires des tumeurs. Je considère le caractère du liquide hématique extrait par la ponction comme d'un pronostic fâcheux, si le mélange du sang et de la sérosité est intime et ne s'éclaircit pas par le repos.

B. — *Sensations au palper fournies par les masses végétantes.*

L'existence de celles-ci peut être établie, soit par la palpation abdominale, soit par le toucher vaginal.

Dans le premier cas, l'ascite ayant appelé l'attention par son abondance, son apparition insidieuse, il faut l'évacuer. Alors, la masse végétante apparaît et soulève parfois la paroi, sous forme d'une bosse ou saillie, occupant la région médiane sous-ombilicale, ou un des flancs. Nous avons dit que quelques tumeurs végétantes ne s'accom-

pagnaient que d'une ascite peu importante : elles sont alors visible au premier examen.

La main, appliquée sur ces tumeurs, donne une sensation bien différente de celle qui fournissent les *gâteaux* des *tumeurs polykystiques*. On sent, sous les doigts, une masse molle, fongueuse, donnant parfois une douce crépitation amidonnée ou neigeuse par froissement des végétations les unes contre les autres. On dirait qu'on a sous la main une éponge molle, imbibée, ou un paquet de chiffons humides : quelquefois, on sent les saillies, les inégalités des plus grosses végétations ; mais, on n'a jamais sous les doigts les *bosses* rénittentes ou globuleuses des masses polykystiques.

Parfois, la masse végétante est, comme nous l'avons dit, accolée à un kyste, plus ou moins volumineux, facile à reconnaître à sa rénittence et à la sensation de flot. Nous avons opéré dernièrement avec succès une dame, ayant un kyste en partie inclus dans le tissu cellulaire pelvien, contenant dix à douze litres d'un liquide brun, couleur feuille de noyer, hématique, et *portant accolé à son côté droit une masse végétante externe du volume d'une tête d'adulte*. Avant l'opération, le diagnostic avait été fait.

Le *toucher vaginal* m'a fourni, dans plusieurs cas, la possibilité d'établir le diagnostic, même sans évacuation préalable de l'ascite. Le doigt reconnaît que les culs-de-sacs sont distendus, élargis, par une masse molle, dépressible, irrégulière, donnant aussi quelquefois la sensation de froissement, de crépitation amidonnée. La tumeur est tantôt un peu mobile, tantôt fixe, accolée à la matrice. Si elle est assez grosse pour être perçue en déprimant l'abdomen, le palper bi-manuel permet assez bien d'apprécier ses rapports avec les organes voisins.

Si les masses végétantes ont progessé et durent depuis un certain temps, la néoplasie accole ensemble les organes voisins, les intestins, la matrice; elle se soude aux parois du bassin, et elle devient fixe : c'est là, selon nous, une *contre-indication* à l'intervention chirurgicale.

Le *toucher rectal* permet quelquefois de mieux aborder les limites supérieures de la tumeur, avec le doigt.

Cette sensation si spéciale des masses végétantes, constitue à elle seule un *signe clinique important*, qu'on acquiert par la pratique, comme la sensation de fongosités dans les tumeurs blanches. M. Coblentz, qui a écrit un bon travail sur les kystes papillaires des organes génitaux (In Zeitschrift fur Gynaekologie, Berlin), s'exprime ainsi : « La sensation de crépitation analogue à celle que donne la pression sur un sac de riz est *caractéristique* : on l'obtient par la combinaison du toucher vaginal et du toucher rectal ».

C. — *Modes d'évolution.*

La structure histologique des tumeurs végétantes, sur laquelle nous avons insisté, nous permet de comprendre aisément leurs modes principaux d'évolution. Nous avons vu que la constitution de certaines tumeurs végétantes était celle du *carcinôme* alvéolaire, qu'elles étaient formées presque exclusivement d'alvéoles bourrées de nombreuses cellules atypiques. Dans d'autres tumeurs, le tissu est celui d'un *épithéliôme glandulaire ou tubulé*, à cellules de revêtement régulières, méta-typiques ou typiques. Les végétations, enfin, peuvent être du *papillôme pur*, avec un axe conjonctif régulier, à vaisseaux central et à une seule couche de cellules cylindriques de revêtement.

Il faut donc distinguer trois formes anatomiques principales :

1° Des carcino-épithéliômes;

2° Des épithéliômes mixtes : adéno-épithéliômes, papillômes épithéliômateux, etc.;

3° Des papillômes simples, très rares.

a) L'évolution des *carcino-épithéliômes* est très rapide.

On les reconnaît à une ascite abondante, et s'étant produite dans un bref délai, ascite de nature hématique à liquide brun, couleur décoction de noyer, ou sanguinolente; au développement rapide de la tumeur, qui occupe bientôt tout le petit bassin, adhère par envahissement aux organes génitaux, à la vessie, à l'intestin, aux parois osseuses elles-mêmes, qui monte bientôt dans l'abdomen, subissant là une augmentation de volume appréciable de semaine en semaine; à l'œdème de la paroi abdominale ou des membres inférieurs, à des phlegmasias, à des thromboses, à des pleurésies insidieuses, à l'affaiblissement progressif du malade, à son teint terreux, aux signes de généralisation ganglionnaire et viscérale, et bientôt à la cachexie.

Les traits cliniques du mal s'accentuent si rapidement, que d'ordinaire le chirurgien porte assez vite le diagnostic de tumeur maligne.

La durée d'évolution, dans ces cas, ne dépasse guère six mois, un an.

Il importe cependant de noter que les observations montrent que parfois le chirurgien a été induit en erreur, soit parce que l'ascite ne lui a pas permis de reconnaître la tumeur, soit parce qu'il a cru à un kyste, soit, enfin, parce que quelques malades ont conservé pendant quelques temps, l'aspect extérieur d'une bonne santé.

b) Les *tumeurs mixtes* (épithéliomas glandulaires, papillaires, sarco-

mateux ou myxomateux) ont une évolution un peu plus lente. La durée de l'existence varie entre quinze mois et deux ou trois ans. Tantôt, la progression est lente et régulière; tantôt, elle se fait par *poussées* survenues spontanément ou à l'occasion d'un excès, d'une fatigue ou d'un traumatisme.

A la période d'état, on constate dans le ventre ou dans le petit bassin une tumeur, avec ou sans kyste, ayant les caractères physiques d'une tumeur végétante, s'accompagnant d'une ascite modérée, et n'occasionnant pas d'abord des troubles fonctionnels plus intenses que ceux des kystes de l'ovaire.

Après une période d'évolution lente et régulière, la tumeur marche d'un pas plus rapide, prend les allures d'un véritable carcinôme, et se généralise.

c) *Papillômes simples.* — Nous ne connaissons les papillômes simples, bien avérés, que par quelques exemples. Ils peuvent s'accompagner d'une ascite abondante, qui, dans les cas observés, *n'était pas hématique.* Dans un cas de Terrier, la malade survivait encore cinq années après l'opération (1). — Notre malade, opérée le 1er juillet 1887, jouit encore d'une bonne santé.

IV.

Nous présenterons maintenant quelques considérations relatives au *diagnostic.*

Les tumeurs végétantes de l'ovaire appartiennent plus particulièrement au groupe des tumeurs *solides* de l'ovaire; ce n'est que, dans quelques cas, qu'un kyste est surajouté, et, souvent, il ne domine pas par son volume la masse papillômateuse.

Ce n'est guère qu'à cause de l'*ascite,* qui les accompagne, que les tumeurs végétantes peuvent être confondues avec les kystes de l'ovaire, et, l'erreur est parfois explicable.

Dans certaines ascites, en effet, le ventre est globuleux, saillant sur la ligne médiane, comme en cas de kyste; il n'est pas dilaté aux flancs. La sonorité forme une *zone immuable* au haut et sur les côtés, comme pour les kystes. Les déplacements du tronc ne modifient pas les relations des régions mates ou sonores. Ce n'est pas seulement dans les cas où des adhérences fixent les anses intestinales qu'on observe ces particularités. Il nous est arrivé, à plusieurs reprises, un

(1) La récidive a eu lieu dans le cours de la sixième année.

kyste ou une tumeur solide de la région sous-ombilicale étant enlevé, de voir les anses intestinales rester immobiles, et *former voûte* au-dessus de l'espace vide laissé par la tumenr extirpée. Il n'existait d'ailleurs aucune inflammation péritonéale capable de rendre compte du phénomène. Nous ne pouvons l'expliquer, qu'en supposant une *rétraction* du mésentère, causée par une longue immobilisation, à effet de la présence de la tumeur.

Les néoplasmes solides des ovaires avec lesquels on peut confondre les tumeurs végétantes sont : les cancers interstitiels, les sarcômes et les kystes dermoïdes des ovaires.

Les *cancers interstitiels* et les *sarcômes* s'accompagnent parfois d'ascite : mais, celle-ci évacuée, la consistance de la tumeur est bien différente. Les sarcômes et les cancers ont souvent de grosses bosselures plus ou moins dures ; s'il n'existe pas de liquide, on peut plutôt les confondre avec des fibrômes utérins. Ceux-ci, à moins qu'ils ne soient longuement pédiculés, entraînent la matrice dans les déplacements qu'on leur transmet, et l'hystéromètre révèle un agrandissement de la cavité utérine. Dans un cas de *double sarcôme* des ovaires, observé récemment, le signe suivant nous aida grandement au diagnostic. On avait trouvé dans le cul-de-sac postérieur une tumeur du volume des deux poings, qui paraissait d'abord accolée à l'utérus ; en lui imprimant, avec l'extrémité du doigt indicateur, un mouvement d'impulsion brusque, nous reconnûmes qu'elle était mobile indépendamment de la matrice. Notons expressément que nombre de sarcômes et de cancers durs de l'ovaire, s'accompagnent d'ascite. Ce n'est qu'après l'évacuation qu'on peut assurer le diagnostic : la tumeur est souvent oblongue, dure, à grosses bosselures (1).

Certains *kystes dermoïdes* des ovaires peuvent simuler des tumeurs végétantes. Ce sont ceux qui contiennent une matière sébacée, molle et des cheveux. Ils peuvent donner lieu à erreur, soit à l'exploration abdominale, soit au toucher vaginal. Rarement, cependant, ces kystes s'accompagnent d'ascite et la sensation éprouvée par le toucher n'est pas celle des tumeurs végétantes : elle est *molle et pâteuse*. Leur évolution est beaucoup plus lente, ils restent longtemps stationnaires.

Les *péritonites tuberculeuses* avec ascite s'accompagnent de fièvre, de poussées douloureuses et inflammatoires, qu'on ne trouve pas au même degré dans les tumeurs végétantes, et souvent, de tuberculose des autres organes.

(1) V. *Bull.* Soc. Anatomo-clin. de Lille. 1887, p. 196, et Duret et Eustache. Journ. Sc. méd. 1892. Lille.

V.

Convient-il d'opérer les tumeurs végétantes des ovaires ?

a) Les grands kystes papillaires obéissent aux indications ordinaires des kystes de l'ovaire, et doivent être opérés comme eux.

b) Les tumeurs végétantes, plus ou moins volumineuses, accolées à de larges kystes, peuvent aussi être enlevées, sans crainte de trop prompte récidive, par la laparotomie.

c) Les tumeurs végétantes solides ou avec de petits kystes, lorsqu'elles ont dépassé la cavité pelvienne et s'étendent à l'ombilic, ont généralement contracté des adhérences néoplasiques et inflammatoires avec les anses intestinales, les organes voisins et les parois du bassin. Le résultat est fort douteux : et, l'opération ne doit pas être tentée, s'il existe des signes de généralisation.

d) Les tumeurs végétantes solides résidant encore dans le bassin et mobiles doivent être l'objet d'une ablation : les résultats, au moins primitifs, sont satisfaisants.

Voici, d'ailleurs, quels sont les résultats statistiques recueillis par Trust Cohn à la clinique de Schrœder : sur trente-huit tumeurs papillaires opérées, dix-neuf n'avaient aucune apparence de récidive après un an. On voit des survies de quatre ans après des sarcômes, des papillômes bénins, de deux ans et demi après des papillômes carcinomateux, etc. En prenant *in globo,* tous les cas de tumeurs dites malignes des ovaires, qui ont été l'objet d'une opération, Cohn arrive au chiffre de 19,50 % de guérisons constatées au bout d'un an.

Dans son traité des maladies des femmes, Martin conclut ainsi :

« En ajoutant aux documents de Cohn, les chiffres indiqués par Léopold au commencement de l'année 1887, nous arrivons à montrer que, lorsque l'extirpation est faite en temps opportun, plus de 20 % des malades guérissent pour plus d'une année ».

Et il ajoute :

« Dès aujourd'hui, on peut affirmer :

1° Que l'affection carcinomateuse des ovaires est relativement fréquente (16,6 %);

2° Que la possibilité de la guérison en cas d'extirpation opportune est prouvée;

3° Que pour cette raison, il faut extirper les néoplasmes ovariques le plus tôt possible, fussent-ils encore petits et presque latents. C'est la recommandation expresse de Kœberlé (*Gazette Médicale,* Strasb., 1877) et la mienne (depuis 1878) ».

VI.

Un dernier mot sur l'expression : *tumeurs végétantes des ovaires.*

Je ne pouvais me servir de la dénomination de *tumeurs cancéreuses :* car il existe des *cancers* interstitiels *sans végétations.*

Le nom *d'épithélioma de l'ovaire* ne convient pas davantage : car beaucoup d'auteurs regardent tous les kystes de l'ovaire comme des épithéliomas, et, d'autre part, la tendance actuelle est de considérer tous les cancers comme des épithéliomas *à cellules atypiques.*

L'expression de *papillôme* entraîne avec elle l'idée d'une bénignité au moins relative, et nous avons vu que celle-ci est l'exception dans les tumeurs qui ont été l'objet de notre description. Tout au plus nous est-il permis de dire : *tumeurs végétantes* ou *papillaires de l'ovaire.*

Il résulte cependant de notre étude, *que la constatation d'une masse végétante, soit solide et unique, soit adjointe à un kyste, dès qu'elle est appréciable en clinique, avant ou après l'évacuation du liquide ascitique, permet de considérer la tumeur sous un aspect particulier au point de vue du pronostic et de l'opération, différant de celui des autres tumeurs de l'ovaire.*

Dans la plupart des ouvrages spéciaux, il n'est pas fait de description à part de ces tumeurs. On vérifiera souvent, en clinique, l'utilité de celle que nous venons d'esquisser.

Nous ne relaterons pas, à la suite de ce travail, de nombreuses observations : on en trouvera un grand nombre dans la thèse de Poupinel, dans celle de Wacquez, notre élève, et dans le mémoire de H. Coblentz. Nous nous contenterons de citer, en entier, l'observation de *papillôme vrai,* que nous avons eu l'occasion d'observer : l'examen histologique du professeur Augier est très démonstratif. Notre malade a aujourd'hui une survie de plus de six années, et jouit encore d'une excellente santé. C'est là un cas exceptionnel.

Observations.

Tumeurs végétantes ou papillaires vraies des deux ovaires. — Ovariotomie. Guérison persistante après six années.

Léontine M.., repasseuse, âgée de 25 ans, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Duret, le 5 juillet 1887.

Les règles sont apparues à l'âge de 12 ans, et depuis, elles ont toujours été régulières.

Pas d'antécédents morbides héréditaires ou personnels. La malade ne peut indiquer à quelle date a débuté son affection. C'est seulement il y a deux ans qu'elle a constaté une augmentation de volume du ventre, accompagnée de gêne de la marche et de pesanteur dans l'abdomen : elle ne peut non plus indiquer de quel côté est apparue la tumeur.

A aucune époque, Léontine n'a ressenti de douleurs dans le ventre.

On fit successivement quatre ponctions, en janvier, en mars, en juillet 1886, et en mars 1887. Dans les trois premières on retira un liquide jaune-citrin ; à la quatrième, il s'écoula du liquide couleur chocolat, filant et muqueux. A chaque ponction, on retira quinze à vingt litres de liquide ascitique dont la reproduction fut assez rapide. La malade éprouvait de fréquentes envies d'aller à la garde-robe.

Etat actuel. — Le ventre est volumineux, tombant sur les cuisses et mesure 122 centimètres dans sa plus grande circonférence. On note 67 centimètres de l'appendice syphoïde au pubis, et 65 centimètres d'une épine iliaque à l'autre. La peau de l'abdomen présente un aspect bleuâtre ; elle est sillonnée de grosses veines, surtout à la partie supérieure des hypochondres ; elle est vergetée à sa partie inférieure.

La pointe du sternum est refoulée en avant, l'ombilic est saillant et la peau épaissie à son niveau.

Peu d'œdème des membres inférieurs.

Dans la moitié supérieure de l'abdomen sur la ligne blanche, la matité n'est pas absolue ; la sonorité maxima existe dans la partie la plus reculée des flancs, sur une surface d'un travers de main.

Lorsqu'on fait coucher la malade sur un côté, la sonorité ne devient que très peu évidente du côté opposé ; sensation de flot très nette.

Le ventre est dépressible, mais en aucune partie de l'abdomen on ne sent de masse dure.

Le col utérin remonte très haut : la matrice relevée dans la concavité du sacrum est très difficile à atteindre.

Dans le cul-de-sac latéral droit on sent une masse un peu résistante, que l'on prend d'abord pour l'utérus incliné latéralement. On émet le diagnostic probable de tumeur kystique avec poche très volumineuse.

L'opération est pratiquée le 14 juillet, par M. le professeur Duret. On fait une incision longitudinale de 18 centimètres jusqu'à 3 centi-

mètres du pubis. On tombe sur le péritoine que l'on incise ; il s'écoule environ 800 grammes de liquide citrin légèrement huileux. On arrive alors sur une membrane, que l'on croit être la paroi du kyste et on la ponctionne avec un gros trocart; on retire environ vingt litres d'un liquide couleur chocolat tenant en suspension une grande quantité de paillettes de cholestérine.

L'opérateur cherche ensuite à décoller les adhérences qui paraissent exister entre le péritoine pariétal et la prétendue paroi antérieure du kyste : celle-ci, très mince, se rompt facilement. Ces ruptures laissent écouler du liquide chassé de l'arrière-fond de la cavité par les mouvements de contraction que fait la malade.

Le liquide ne cessant de couler, on se décide à sectionner la poche sur une longueur de quelques centimètres.

Ce qu'on avait cru décoller comme paroi du kyste n'était autre que le péritoine lui-même adhérent à un fascia sous-péritonéal épaissi et lamelleux : on reconnaît bientôt l'erreur, et on tombe dans la cavité abdominale à la partie supérieure de laquelle, sans doute à cause de la densité du liquide, les anses intestinales avaient été refoulées à la périphérie, dans tous les sens, comme cela se produit ordinairement dans les kystes de l'ovaire.

On retire au moyen d'éponges le reste du liquide et on prolonge l'incision; on aperçoit alors dans le petit bassin une *tumeur végétante* au niveau de l'ovaire gauche.

La main de l'opérateur délimite avec beaucoup de peine cette tumeur renfermée dans une poche presque sessile, présentant trois pédicules très courts qui l'attachent à l'utérus. On fait sur chaque pédicule une ligature de fil de soie, et on sectionne.

La masse néoplasique enlevée a le volume d'une orange.

Du côté de l'ovaire droit la main rencontre une autre tumeur, à parois dégénérées et présentant des ulcérations à travers lesquelles font hernie des végétations néoplasiques. Cette tumeur présente un premier pédicule assez mince qu'on lie avec du fil de soie, et qu'on sectionne; sur un second pédicule de gros calibre, on applique une pince de Richelot. On sectionne et on amène une tumeur du volume d'une tête de fœtus.

Avec du fil de soie, on pose trois ligatures en chaîne sur le pédicule situé profondément dans le petit bassin, en arrière de l'utérus. Dans le cul-de-sac postérieur on sent de petites concrétions calcaires, irrégulières, qu'on enlève avec le doigt.

On résèque le lambeau péritonéal qui a été décollé de la paroi abdominale ; on fait la toilette du péritoine : sutures.

Aucun accident consécutif : la température ne monte jamais au dessus de 38°, et trois semaines après l'opération la malade peut se lever, et sortir de l'hôpital complètement guérie.

Examen des tumeurs enlevées. — La tumeur gauche présente la forme d'un cuboïde, du volume d'une grosse orange ; sa surface est lisse. Sur une coupe, on voit une masse de tissu mou, bourgeonnant, d'un gris jaunâtre, sale, au sein duquel on ne constate plus trace d'ovaire. Ces néo-formations sont contenues dans une enveloppe de tissu conjonctif, enveloppe complète et sans pertuis.

Le tissu de cette tumeur est très friable et paraît assez vasculaire : l'aspect est celui d'un sarcôme embryonnaire ou d'un épithélioma végétant très mou.

La tumeur droite présente un degré plus avancé de prolifération ; çà et là son enveloppe est ulcérée, perforée par les progrès de la néoformation, et, par différentes ouvertures s'échappe le tissu, qui, de l'intérieur, a proliféré vers l'extérieur ; de sorte que la tumeur principale, encore enveloppée dans une coque ou paroi fibreuse, est surmontée d'une masse en chou-fleur, ayant au moins le quart de son volume.

Les végétations sont molles, grisâtres, d'aspect encéphaloïde ; elles sont pressées les unes contre les autres comme les capitules de certaines plantes composées.

A quelque distance, on voit une végétation distincte, plus petite, qui a perforé isolément l'enveloppe.

Ni dans l'une, ni dans l'autre de ces deux tumeurs, on ne constate de cavité kystique.

Examen histologique par M. le professeur Augier. — La coupe porte sur la tumeur au niveau d'un point où se trouve situé un petit kyste du volume d'une noix, dont la cavité est entièrement bourrée de végétations.

La paroi de la tumeur est formée de deux couches assez distinctes, une externe lamellaire, dense, fibreuse ; l'autre interne, dont les faisceaux de tissu conjonctif moins serrés présentent de nombreuses coupes de vaisseaux sanguins dans leur intervalle. De la surface interne de cette couche s'élèvent, dans la cavité du petit kyste, des végétations arborescentes de configuration et de direction extrêmement variées. Les bourgeons des masses végétantes ne paraissent être arrêtés dans leur développement que par le voisinage des végétations voisines.

Ces végétations sont toutes constituées par une charpente conjonctive tapissée d'un épithélium cylindrique de revêtement. La charpente conjonctive présente presque partout l'apparence du tissu myxomateux.

Les végétations, mêmes les plus petites, contiennent des vaisseaux au centre. Les végétations les plus épaisses présentent au voisinage de leur implantation du tissu conjonctif adulte, fibrillaire.

L'épithélium de revêtement présente partout une disposition régulière, *en une seule couche.*

On ne trouve, dans aucune des coupes, des amas épithéliaux rappelant l'aspect carcinomateux.

Dans la plupart des végétations, l'élément épithélial représente une proportion moindre que l'élément conjonctif : cependant, au sommet de certaines végétations, l'élément épithélial l'emporte, et l'axe conjonctif est réduit à une tige extrêmement grêle, de sorte que la néoformation en ce point paraît être de nature épithéliale. Le revêtement est toujours régulier, mais en ces points il affecte une disposition dendritique remarquable.

L'épithélium comprend des cellules cylindriques simples très hautes, ou des cellules caliciformes. On n'a pu trouver de cils vibratiles. En aucun point de la tumeur on ne constate de dégénérescence cancéreuse. *On se trouve donc ici en face de papillômes purs de l'ovaire, et l'on conçoit assez bien que des tumeurs de ce genre ne soient pas de mauvaise nature.*

La malade revient voir M. Duret le 20 novembre 1888. La santé est excellente, l'embonpoint est considérable ; elle se plaint seulement de l'augmentation de volume du ventre.

Les règles sont revenues cinq mois après la guérison, peu abondantes, sans la moindre douleur et ont duré cinq jours ; elles ont le même caractère qu'avant l'opération, et cela malgré l'ablation des deux ovaires.

Pendant les cinq mois où elles ont fait défaut, la malade n'a jamais éprouvé le moindre trouble céphalique, abdominal ou gastrique.

L'augmentation de volume du ventre est due simplement à une éventration qui forme une tumeur du volume des deux poings, et qui siège au niveau de l'incision opératoire. Cette éventration permet à la main d'explorer profondément et de noter *l'absence de toute tumeur* dans le petit bassin. Le toucher vaginal permet à peine de sentir à l'extrémité du doigt le col de l'utérus qui est très remonté et regarde en arrière. Cette ascension est due probablement à la rétraction cicatricielle. Rien dans les culs-de-sac. La guérison est donc complète

jusqu'à présent, et, après seize mois, il n'y a pas trace de récidive.

On conseille à la malade le port d'une ceinture ombilicale élastique, dans le but de maintenir la réduction de la hernie.

La malade est revue en mars 1890. Etat général excellent.

Depuis, aucun signe de récidive.

EXTIRPATION VAGINALE DE PETITS PYO-SALPINX SANS HYSTÉRECTOMIE PRÉALABLE

par M. **Goullioud** (Lyon).

L'ovariotomie vaginale de Battey et de Gaillard Thomas est généralement abandonnée. Cependant l'extirpation par le vagin des annexes malades, notamment de pyo-salpinx peu développés ou de petites masses de salpingo-ovarites mérite encore une place dans la thérapeutique gynécologique. C'est en faveur de cette méthode que j'ai l'honneur de vous soumettre quelques faits.

Ces tentatives ont été faites sous l'influence d'une double idée, partagée par mon maître, M. le professeur Laroyenne. La première de ces idées est que les interventions par la voie vaginale sont en général moins graves que les interventions abdominales. La seconde est le reflet de la tendance conservatrice qui se fait jour de toutes parts dans le traitement des salpingo-ovarites : il faut s'efforcer de faire le moins de sacrifice possible.

Avant de développer les avantages de cette méthode, je désire bien spécifier les cas, où je l'ai employée, car pour moi elle ne peut être considérée que comme une méthode d'exception, ne convenant qu'à un nombre de cas limité. Cependant je n'ai pas la prétention d'en borner les indications aux conditions dans lesquelles j'ai été porté à intervenir par la voie vaginale plutôt que par la voie abdominale. Il ne s'agit ici que de cas inflammatoires, pyo-salpingites, où la laparotomie est exposée à plus d'imprévus que dans les cas sans infection préalable.

Le type des cas qui invite à préférer l'extirpation vaginale, m'a paru représenté par ces petits pyo-salpinx trop peu développés ou trop peu adhérents pour être débridés par le cul-de-sac de Douglas,

et qui se sont formés à la suite de l'occlusion par adhérence du pavillon au fond du pelvis, sans qu'il y ait presque de péri-salpingite.

Les pyo-salpinx, dans mes cas, ne dépassaient guère ou atteignaient à peine le volume d'un œuf ou d'une mandarine.

Ils formaient de petites collections ou de petites masses serpentines, presque libres, à part quelques adhérences au plancher pelvien. On distingue assez facilement ces cas simples, presque sans adhérences, de ceux où les lésions ont diffusé autour du pavillon, créant des exsudats et des adhérences dans tout le petit bassin. Par crainte d'adhérences intestinales importantes, nous aurions reculé devant un plastron intestino-péritonéal, indiquant la fusion des anses intestinales voisines. Il est vrai qu'il n'est guère plus agréable d'avoir à dissocier par l'abdomen des anses intestinales amincies et fusionnées. Peut-être vaut-il mieux agir au-dessous de ce dôme d'adhérences que d'avoir à le traverser.

Dans nos cas, il n'y avait pas non plus de plastron vaginal, d'exsudat péritonéal dans le Douglas, ni d'indurations résiduales étendues.

Cependant nous ne demandons pas la mobilité des ovaires procidents ou des petites tumeurs ovariennes. Le pyo-salpinx s'accompagne toujours d'adhérences ; mais nous avons recherché les cas où elles étaient limitées.

Au point de vue du siège, les cas les plus favorables sont ceux de collections développées dans le Douglas, derrière le corps ou près du bord de l'utérus. Dans quelques cas, nous avons attaqué des masses de salpingo-ovarites non prolabées dans le Douglas, restées au siège normal de l'ovaire ou de la trompe, immobilisées là par une coulée d'adhérences péritonéales.

La situation de l'utérus nous a paru un point important à considérer. L'opération est facile avec un utérus qui s'incline en arrière, entraîné et fixé par le prolapsus de ses annexes d'un côté. Mais la rétroversion adhérente par adhérences utérines nous paraît créer de grandes difficultés. Quand les annexes malades sont pour ainsi dire sus-jacentes à l'utérus fixé en rétroversion dans le Douglas, on ne saurait les enlever par le vagin, qu'avec une extrême difficulté. Le simple débridement, suivant la méthode de M. Laroyenne, exige lui-même dans ces cas beaucoup de prudence et d'habileté. Dernièrement Boileux proposait d'aller par le Douglas sectionner les adhérences fixant l'utérus en rétroversion. Cette intervention me semble insuffisante, les adhérences ayant leur centre comme leur origine au pavillon de la trompe. Il faut donc ou enlever les annexes ou faire l'hystérectomie en cas de lésions bilatérales, si les symptômes exigent un traite-

ment chirurgical. En cas de lésion unilatérale, l'ablation des annexes adhérentes présente le double avantage de supprimer ces organes malades et de rendre possible la réduction de la rétroversion. Tout au moins faut-il, pour tenter l'extirpation vaginale, que la liberté des manœuvres dans le Douglas ne soit pas trop gênée par le corps de l'utérus déplacé.

La question de l'unilatéralité ou de la bilatéralité est des plus importantes à considérer et peut être diversement jugée. Dans nos cas, la lésion était unilatérale; les malades ne souffraient que d'un côté, et le palper bimanuel ne révélait qu'une salpingo-ovarite unilatérale, ou tout au moins une lésion grandement prédominante d'un côté.

Nous espérions alors, et les faits ont confirmé cette espérance, amener la guérison par l'ablation des annexes d'un seul côté. Enlever ainsi par le vagin des annexes malades, en respectant celles du côté opposé, sans cicatrice apparente, est vraiment une tentative conservatrice.

Avec une lésion nettement bilatérale, nous aimerions autant l'hystérectomie, peut-être plus facile que l'ablation bilatérale par le vagin et relativement peu grave. Nous avons fait quatre fois l'éviscération génitale complète, enlevant avec l'utérus en rétroversion adhérente, de petits pyo-salpinx accolés (procédé de Quénu). Dans un cas très simple comme suites opératoires, nous avons remarqué des malaises accentués, négligeables par rapport aux douleurs antérieures, et spécialement des vertiges. Ce trouble nous semble spécial à l'hystérectomie chez des femmes jeunes, de même que les bouffées de chaleur sont le symptôme habituel de la castration ovarienne. Si nous avions la confirmation de cette impression, basée encore sur des exemples trop peu nombreux, nous préfèrerions alors, pour les cas où elle serait nécessaire et possible, l'ablation bilatérale des annexes. Byford l'a faite par le vagin dans un grand nombre de cas. Chez une malade où nous pensions enlever par le vagin les annexes malades, nous avons reconnu, après le débridement du cul-de-sac de Douglas, que les lésions étaient indiscutables à droite comme à gauche, reconnu aussi qu'il y avait des adhérences utérines et enfin que l'ablation par le vagin serait d'une extrême difficulté. Le premier temps de l'hystérectomie était fait. Cette opération nous a permis après section médiane de l'utérus d'enlever avec lui deux pyo-salpinx très développés et accessoirement l'appendice iléo-cœcal, entraîné à la vulve par suite de son adhérence à la trompe droite. Dans d'autres cas où la bilatéralité des lésions était douteuse, nous avons préféré la voie abdominale,

bien que connaissant les faits d'incision vaginale exploratrice de Nélaton et d'autres chirurgiens, et, bien que l'ayant employée nous-même chez une névropathe pour trancher le diagnostic entre une ovarie hystérique ou une salpingo-ovarite.

L'étroitesse du vagin ou de la vulve peut être une vraie contre-indication. Nous avons fait, sans trop de difficulté, l'ablation d'une masse de salpingo-ovarite, non prolabée dans le cul-de-sac de Douglas, chez deux femmes nullipares mais non vierges.

Comme on le voit d'après les conditions dans lesquelles nos interventions ont été faites, nous nous sommes arrêtés aux restrictions opératoires que depuis nous avons trouvées admises par Picqué (1) et Bonnecaze, et développées aussi par Delbet (2), et Pozzi (3).

Byford (4), tout en faisant un choix éclairé des cas, admet moins de contre-indications et ne s'arrête pas aux considérations de bilatéralité des lésions, de rétroversion utérine adhérente, etc., Gottschalk (5) se déclare aussi partisan de l'incision vaginale toutes les fois que le siège de la tumeur le permet.

Nous n'avons voulu, en entrant dans les détails développés ci-dessus, que d'écrire un type de lésion bien limitée, unilatérale des annexes où l'ablation par le vagin est vraiment tentante, laissant à la femme des espérances de conception, ne l'affligeant d'aucune cicatrice, et la guérissant cependant.

II. — Un premier avantage est donc de faire le moindre sacrifice possible.

Un second sur lequel insistent particulièrement Byford, M. Laroyenne et Picqué, et dont nous sommes également persuadés ? c'est la moindre gravité de cette intervention vaginale. Elle s'explique par sa simplicité et sa brièveté; par le large drainage au point déclive de la cavité péritonéale, ainsi réalisé ; mais surtout par le peu de contact avec les anses intestinales « less interference with intestines », suivant l'expression de Byford. Aussi le choix, la réaction péritonéale, la

---

(1) Picqué in thèse de Bonnecaze. Valeur et indications de l'incision vaginale appliquée à l'ablation de certaines petites tumeurs de l'ovaire et de la trompe. Th. Paris, 1889.

(2) Delbet. Traité des suppurations pelviennes, p. 317.

(3) Pozzi. Traité de gynécologie, 2e édition, p. 642.

(4) Byford. Amér. J. of obst., avril 1888, et même journal, mars 1892.

(5) Gottschalk. Société obstétricale et gynécologique de Berlin. 13 fév. 1891 et Centralblatt für Gyn. 1891.

difficulté des premières émissions de gaz, des premières selles, sont-elles bien moindres.

Byford trouve même l'opération plus facile que par la voie abdominale. Le chemin est en tout cas plus court, dans ces cas fréquents où les annexes malades sont prolabées dans le Douglas.

En cas de difficulté imprévue et de lésions bilatérales, dûment constatées, notre intervention peut se transformer aisément en une hystérectomie suivant la méthode de MM. Péan-Segond.

III. — *Procédé opératoire.* — Avant d'opérer, et dans la même séance, nous faisons la désinfection du vagin et s'il y a lieu de l'utérus. Cette désinfection de l'utérus a consisté, dans les cas de métrite, en une cautérisation superficielle au porte-coton au chlorure de zinc (1 sur 2), ou à la solution phéniquée forte de Lister (Byford). Dans un cas de métrite hémorragique nous avons procédé d'abord à un curettage. Toujours nous avons eu soin de fermer les lèvres du col avec une pince à plusieurs dents qui nous servait en même temps à exercer des tractions sur l'utérus.

Pour ouvrir le cul-de-sac de Douglas en général nous pinçons avec une pince de Doléris la muqueuse vaginale près du col et nous la sectionnons transversalement de quelques coups de ciseaux, limités à la section de la muqueuse. Byford et M. Laroyenne ont fait une incision médiane antéro-postérieur qui donne peut-être moins de sang. La muqueuse vaginale incisée, nous défonçons le Douglas au ras de la face postérieure de l'utérus avec le dilatateur de Tripier. Il suffit de l'écarter en le retirant pour avoir une brèche suffisante, laissant passer deux doigts. On évite ainsi de sectionner les ligaments utéro-sacrés dont le sacrifice a été reproché à cette opération par Delbet, on ne s'expose pas de la sorte à encourir ce reproche.

Deux doigts, introduits dans le Douglas, détachent les adhérences du pavillon, de la trompe et de l'ovaire s'il en existe, comme on le fait dans l'intervention abdominale. Ce n'est qu'après la libération bien complète des annexes qu'il faut s'efforcer de les attirer à travers la brèche du vagin. Si l'on veut tout d'abord les prendre avec une pince en cœur, on s'expose grandement à saisir les appendices graisseux ou même des anses intestinales qui se présentent presque toujours entre les mors des pinces. Il vaut mieux les attirer avec deux doigts à travers l'incision vaginale où une pince en cœur peut les prendre alors sans danger. Généralement ces collections crèvent à ce moment, accident certainement moins grave que la rupture en pleine cavité abdominale. Rien ne s'opposerait à une ponction pour réduire leur volume.

Un ou deux pédicules constitués, comme dans l'intervention abdominale, nous nous sommes contentés de mettre dessus et de laisser à demeure une pince suivant la méthode de MM. Péan et Richelot. C'est en mettant deux ou trois pinces longuettes courbes, l'une au-dessus de l'autre, que l'on arrive le plus aisément à remonter assez haut sur le pédicule tubo-ovarien ; on laisse à demeure celle qui paraît convenablement placée. Il faut se méfier, de ne point pincer en même temps que la partie avoisinante du ligament large, la face postérieure de la vessie.

Une ligature est un mode d'hémostase plus parfait et moins pénible ; mais l'hémostase par la pince à demeure est plus facile, plus sûre surtout quand les pédicules sont courts et difficiles à constituer.

Une mèche iodoformée à cheval sur la brèche vaginale au ras des pinces ou de la pince à demeure, constitue tout le pansement. On peut diminuer aussi l'incision vaginale avec quelques pinces hémostatiques à demeure ou quelques points de suture.

La position de Trendelenburg, au moins pendant une partie de l'opération, peut être très utile si l'intestin a de la tendance à prolaber et à se faire comprimer par les pinces à demeure.

IV. — Les suites opératoires sont en général simples; nous ne saurions mieux les décrire qu'en disant qu'elles sont identiques à celles d'une hystérectomie vaginale simple. La guérison comporte, dans les deux cas, une pelvi-péritonite adhésive limitée, sans tendance à s'étendre à la cavité abdominale. Une élévation modérée de la température est plus fréquente peut-être qu'après la laparotomie; mais le pouls est moins perturbé. Les selles et l'émission des gaz reviennent plus aisément.

J'avais espéré que dans les cas bien choisis que j'ai décrits, la mortalité serait réduite à néant. Un cas de mort est venu me montrer que même par le vagin toute intervention péritonéale peut réserver l'imprévu d'une complication mortelle. A quelques jours de distance j'ai eu mon premier décès après l'hystérectomie (c'était mon 22e cas), et mon unique décès après l'extirpation vaginale d'annexes malades (1 sur 8). Byford n'a perdu qu'une malade sur trente-quatre opérations analogues.

Il s'agissait de ces lésions où l'obstruction a plus de part que l'infection. Nous avons, en effet, trouvé les lésions suivantes : distension extrême de l'intestin grêle, jusqu'à 30 centimètres du cœcum, affaissement remarquable au contraire de tout le gros intestin et de ces 30 centimètres d'intestin grêle, représentant une anse terminale qui plon-

geait dans le petit bassin ; dépoli et torsion au point où l'intestin changeait de volume, point correspondant à une adhérence à la mèche de gaze iodoformée du Douglas ; ni pus, ni fausses membranes.

Cette autopsie me montrait d'ailleurs deux points intéressants : d'une part que l'excision de l'ovaire et de la trompe du côté malade avait été complète, faite comme d'un coup de ciseau courbe sur les ailerons du ligament large ; d'autre part qu'il n'y avait du côté opposé qu'une adhérence insignifiante du pavillon à l'appendice iléo-cœcal, sans épaississement ni distension de la trompe.

Les résultats plus éloignés sont ceux des interventions unilatérales par l'abdomen. Des lésions méconnues d'un côté pourront nécessiter un jour une seconde intervention. Mais n'en est-il pas de même quand, après ouverture du ventre, on respecte des annexes que l'on ne croit pas absolument compromises. Tout dernièrement nous avons enlevé par le vagin un petit pyo-salpinx droit chez une femme de 23 ans qui avait eu deux années de guérison apparente et de pleine satisfaction à la suite de l'ablation abdominale des annexes gauches.

Observation I. — M. C..., femme de 29 ans. Salpingo-ovarite gauche adhérente dans le cul-de-sac de Douglas.

Opération, le 5 septembre 1891, par le Dr Goullioud. Ablation par le vagin de la masse de salpingo-ovarite gauche. Tissus friables se détachant sans possibilité de constituer de pédicules. Incision abdominale confirmant qu'il n'y a aucune hémorragie.

Suites simples. Guérison.

Revue fin juillet 1892, allant bien, ne souffrant plus à gauche ; n'ayant jamais rien ressenti du côté droit. Bon résultat.

Observation II. — J. C..., femme de 27 ans. Rétroversion, salpingo-ovarite droite, empêchant la réduction de se maintenir.

Opération, le 12 février 1892, par M. le professeur Laroyenne. Ablation par le vagin d'une petite masse de salpingo-ovarite, du côté droit. Pince longuette courbe sur le pédicule.

Guérison avec suites très simples.

Revue le 4 août 1892. Dit aller bien, cul-de-sac latéral droit, redevenu souple. Utérus en bonne situation. Bon résultat et guérison de la rétroversion.

Observation III. — Me V..., 27 ans. Pyo-salpinx gauche tombé dans le cul-de-sac de Douglas.

Opération, le 2 avril 1892, par le Dr Goullioud. Ablation par le

vagin d'un pyo-salpinx qui, avec l'ovaire fusionné, atteint le volume d'un œuf de poule. Pince à demeure sur le pédicule.

Fistule tubo-vaginale persistant quelques semaines, touchée au chlorure de zinc.

Revue le 5 septembre. Allant bien, ne se plaignant plus de son côté gauche; n'ayant pas souffert à droite. Fistule cicatrisée. Très satisfaite.

Observation IV. — F. D..., 27 ans. Rétroversion avec périmétrite gauche. Impossibilité de supporter un pessaire.

Opération le 30 mai 1892, par M. le professeur Laroyenne. Ablation vaginale des annexes gauches adhérentes.

Poussée légère de pelvi-péritonite. Guérison; pas d'examen nouveau.

Observation V. — Mme Gir..., 42 ans. Souffrant depuis dix ans. Salpingo-ovarite gauche dans le Douglas et métrite hémorragique.

Opération le 9 juin 1892, par le Dr Goullioud. Curettage; puis ablation par le vagin des annexes gauches. Petit pyo-salpinx recevant un pouce dans sa cavité. Pince à demeure sur le pédicule.

Revue le 2 septembre 1892. A gardé un peu de sensibilité à gauche pendant trois semaines. Actuellement dit et répète qu'elle est tout à fait bien, ne souffre plus à gauche; n'a jamais rien ressenti à droite; peut travailler et marcher.

Utérus mobile, en antéversion. Cicatrice encore un peu indurée. Mais cul-de-sac souple dans son ensemble. Pas la moindre sensibilité, ni la moindre résistance à droite. Bon résultat.

Observation VI. — C. C.., 29 ans. Salpingo-ovarite gauche. Cas difficile : vagin étroit; la masse de salpingo-ovarite n'est pas dans le Douglas.

Opération le 17 juin 1892, par le Dr Goullioud. Décollement, extirpation, pince à demeure.

Pavillon de la trompe fusionné avec l'ovaire; peu de liquide dans la trompe, épaissie plutôt que dilatée. Cautérisation suivant la méthode de Broese.

Nouvelles le 2 septembre : la malade dit aller tout à fait bien.

Observation VII. — S. B..., 25 ans. Métrite hémorragique et annexite gauche.

Opération le 27 juin 1892, par le Dr Goullioud. Curettage, puis ablation par le vagin des annexes gauches. Pinces à demeure.

Kyste tubo-ovarien séreux.

17 juillet : sortie, allant bien. Mais non revue.

Observation VIII — J. D..., 18 ans. Salpingite, probablement blennorrhagique à gauche, rien d'appréciable à droite. Cette pyo-salpingite est fixée en plastron contre la face postérieure de la paroi abdominale.

Opération le 27 juillet 1892, par le Dr Goullioud. Ablation vaginale des annexes gauches, la trompe renferme du pus; atteint le diamètre d'un petit œuf de poule. Pince à demeure.

Revue le 30 août. Ne souffre plus à gauche; mais se plaint un peu de son côté droit, ce qui fait craindre le développement ultérieur d'un pyo-salpinx également à droite. Actuellement on ne constate à droite qu'une légère résistance. Même en prévoyant une récidive, nous aurions tenté l'opération unilatérale à cause de l'âge de la malade.

Observation IX. — M. A..., 28 ans. Annexes gauches formant tumeur, accolées à la paroi abdominale.

Opération le 10 août 1892, par le Dr Goullioud. Ablation par le vagin de la tumeur inflammatoire des annexes, formée par un kyste tubo-ovarien, avec liquide catarrhal dans la trompe obturée.

Mort le sixième jour.

Autopsie : Intestin grêle extrêmement distendu, jusqu'à 30 centimètres du cœcum. Cette anse terminale est affaisée, ainsi que tout le gros intestin. Le rapport des volumes des deux intestins est interverti. Les 30 centimètres d'intestin grêle affaissé correspondent à l'anse terminale de cet intestin, qui plongeait dans le bassin. Dépoli et adhérence de l'intestin à la mèche iodoformée au niveau du changement brusque de volume de cet intestin. Ni pus, ni fausses membranes.

A droite, adhérence de la trompe à l'extrémité de l'appendice iléo-cœcal; mais ni épaississement, ni distension de la trompe.

A gauche, il ne reste rien de l'ovaire; la trompe a été sectionnée à 1 centimètre à peine de la corne utérine. On dirait le ligament large comme excisé d'un coup de ciseau courbe.

Observation X. — F. P..., ancienne ablation abdominale des annexes gauches, avec guérison apparente durant deux ans.

En septembre 1892, ablation vaginale des annexes droites par le Dr Goullioud. La trompe présente un petit pyo-salpinx.

Suites immédiates simples.

Conclusions.

L'extirpation vaginale de pyo-salpingo-ovarites, ou de petits pyo-salpinx, sans hystérectomie, nous a paru une bonne opération, dans des cas limités de pyo-salpingo-ovarites ou de pyo-salpinx, petits, peu adhérents, sans cavité bien nette à ponctionner, accessibles par le Douglas et avec intégrité de la trompe opposée.

L'opération est simple, facile, relativement peu grave.

Enlever ainsi par le vagin des annexes malades, en respectant celles du côté opposé, sans aucune cicatrice apparente, est vraiment une tentative conservatrice et un progrès.

Nous ne préjugeons pas la question de la même intervention dans les cas de lésions bilatérales.

Notre procédé opératoire ne diffère guère de celui employé par d'autres opérateurs, que par l'application bien naturelle à ce cas du mode d'hémostase de Péan-Richelot, la pince à demeure sur le pédicule.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES CANCERS UTÉRINS INOPÉRABLES

par M. **G. Houzel** (Boulogne s/m).

L'accord est fait, entre les chirurgiens, sur le traitement des cancers utérins opérables. Quand ils sont encore exclusivement utérins, sans propagation dans le voisinage, l'hystérectomie vaginale totale est la règle. La technique opératoire, admirablement réglée, en a réduit au minimun les chances de mortalité, et les dernières statistiques nous font voir plus que des survies : des guérisons.

L'unanimité est moins complète en présence des cancers sortis des limites utérines pour envahir tout ou partie du voisinage. La plupart des chirurgiens préconisent alors les opérations palliatives ; quelques-uns, redoutant que leur intervention ne hâte l'évolution du mal, préfèrent l'expectation réduite aux seules ressources de la thérapeutique. L'expérience m'ayant démontré les bienfaits des opérations palliatives, je voudrais vous exposer ma pratique, espérant vous con-

vaincre des avantages en résultant pour les malheureuses condamnées à mort, qui y trouvent soulagement et survie notable.

Bien que ceci puisse paraître paradoxal, la plupart de ces malades succombent, non aux suites naturelles de leur cancer, mais aux complications qu'il entraîne presque toujours. L'épuisement résultant des hémorragies, rouges ou blanches, des douleurs; la septicémie par anto-infection, l'urémie, la péritonite, la thrombose veineuse, précipitent souvent le terme fatal, si bien que la complication, reléguant le cancer au second plan, semble être devenue la maladie principale, et qu'il suffit de la faire disparaître pour donner une guérison relative se traduisant par un soulagement et par une survie très appréciable. Et il y a ceci de particulièrement heureux dans l'espèce, c'est que les accidents les plus communs, mettant le plus directement la vie en danger, tels que les hémorragies et la septicémie, sont ceux auxquels les opérations palliatives remédient le plus facilement et le plus sûrement.

Pour ne pas abuser de votre temps, je ne m'arrêterai pas à décrire les causes et le mécanisme de ces complications, la manière dont le bistouri les éloigne; les différentes formes de cancers utérins, leur fréquence ou leur siège de prédilection, je me bornerai à dire quelle est la durée de cette maladie abandonnée à son évolution naturelle, comparée à la durée donnée par les opérations palliatives, et à en étudier la technique opératoire. Qu'il me soit cependant permis de constater qu'il y a, dans l'évolution des cancers utérins, plus d'un inconnu que l'histologie n'est pas encore parvenu à découvrir. Chez deux femmes du même âge, dans les mêmes conditions apparentes, le même néoplasme histologique aura une marche et une gravité différente, pourquoi? Le problème est complexe et la solution est loin d'être trouvée. A côté de la maladie, il y a la malade qui a une importance capitale, chaque femme faisant, pour ainsi dire de son cancer, une forme personnelle qui diffère du même néoplasme histologique évoluant chez la voisine. Cela doit nous encourager à intervenir, les opérations palliatives étant inoffensives et donnant parfois des résultats inespérés.

Abstraction faite de la grossesse, de l'accouchement et de la ménopause, qui agissent le plus souvent d'une façon désastreuse sur la marche des cancers utérins, afin d'avoir des chiffres comparables entre eux, je diviserai la vie de la femme en trois périodes principales au point de vue de ces maladies abandonnées à leur marche naturelle.

D'après toutes les statistiques et d'après mes notes personnelles, en

tenant compte du début du mal, les cancers utérins enlèvent les femmes :

De 25 à 35 ans,	après 8 à 15 mois;
De 35 à 45 ans,	après 10 à 24 mois;
De 50 à 60 ans et au delà,	après 24 à 36 mois.

Les cas de survie de cinq à six ans sont tout à fait exceptionnels et appartiennent à des sarcômes.

Pour les femmes que j'ai traitées par les opérations palliatives, j'ai obtenu en moyenne :

De 25 à 35 ans,	opérées à 8 mois,	survie 13 mois,	total 21 mois;
De 35 à 45 ans,	opérées à 10 mois,	survie 20 mois,	total 30 mois;
De 50 à 60 ans,	opérées à 22 mois,	survie 22 mois,	total 44 mois.

Ces chiffres ne sont que des moyennes, et parmi ces malades, il en est que j'ai opérées plusieurs fois, les mêmes accidents s'étant reproduits et disparaissant par la même intervention.

Si maintenant nous rapprochons ces chiffres, nous voyons que, grâce aux opérations palliatives, la durée des cancers utérins qui était de :

8 à 15 mois,	pour les femmes de 25 à 35 ans,	devient de 21 mois;
10 à 24 mois,	pour les femmes de 35 à 45 ans,	devient de 30 mois;
24 à 36 mois,	pour les femmes de 50 à 60 ans,	devient de 44 mois.

En prenant ma statistique en bloc, sans tenir compte de l'âge des malades, en acceptant 24 mois comme maximum moyen de durée pour la maladie abandonnée à son évolution naturelle, je trouve que par suite des opérations palliatives la durée moyenne atteint 35 mois, soit un gain de 11 mois.

Ce chiffre est plus élevé que ceux donnés pour les femmes de 25 à 45 ans. Cela tient à ce que j'ai eu à traiter un plus grand nombre de femmes âgées, de celles qui, sans aucun secours, résistent le plus longtemps. Mais en réalité, le bénéfice résultant des opérations palliatives est plus grand que ne semble l'indiquer la statistique, les cas les plus graves étant presque les seuls qui réclament l'intervention du chirurgien. En ce qui me concerne, tous ceux que j'ai opérés étaient désespérés, et si proches du dénouement fatal, que je crois légitime de porter à l'actif de l'opération toute la survie qui l'a suivie.

Un mot de la technique opératoire. Il est malaisé de donner des lois précises, l'opération étant essentiellement atypique, la conduite

diffère dans chaque cas particulier. La règle principale est d'enlever le plus possible du néoplasme, d'arriver jusqu'aux tissus relativement sains, peu infiltrés, sans toutefois violer aucune des cavités naturelles entourant l'utérus et ses annexes. Je ne fais d'exception que pour le cul-de-sac de Douglas qui peut être ouvert impunément.

Parmi les moyens qui ont été proposés, je repousse les caustiques, l'écraseur et l'anse galvano-caustique, moyens aveugles qui enlèvent trop ou trop peu, et n'ont même pas l'avantage qu'on leur attribuait de mettre à l'abri des hémorragies. La forcipressure et l'antisepsie ont pour cela une efficacité plus souveraine.

Le fer rouge serait préférable, mais changeant l'aspect des tissus qu'il coupe, il ne permet pas de se rendre compte exactement quand on est arrivé aux tissus relativement sains. Il peut être utile pour parfaire certaines opérations commencées avec l'instrument tranchant. Ce dernier, sous formes de curettes, bistouris ou ciseaux, est l'instrument par excellence. Il permet le mode d'intervention le plus clairvoyant, le plus complet et, en même temps, le plus exempt de dangers immédiats ou éloignés. C'est celui que j'ai toujours choisi.

Je ne parle ici que pour mémoire de l'antisepsie qui doit être rigoureuse ; on l'obtient au moyen d'injections de bichlorure de mercure ou d'eau phéniquée, du nettoyage du néoplasme avec un tampon de ouate hydrophile imbibé de naphtol camphré, et de tampons de gaze iodoformée renouvelés pendant les cinq à six jours qui précèdent l'intervention. L'asepsie a toujours été suffisante puisque aucune de mes opérées n'a jamais présenté le moindre mouvement fébrile, la plus petite réaction.

Pour les cancers du corps il faut d'abord faire la dilatation.

La méthode indiquée par le professeur Vuillet, de Genève, est celle qui m'a paru la meilleure. Une fois l'utérus largement ouvert, la femme étant endormie au chloroforme, dans la position obstétricale, je pousse l'indicateur, le médius et l'annulaire de la main gauche jusqu'au cul-de-sac postérieur ; les trois doigts dépriment la fourchette, écartent le vagin, et par une sorte de mouvement de bascule font descendre naturellement l'utérus jusqu'à la vulve, à moins qu'il ne soit presque immobilisé dans le bassin. Cette manœuvre m'a semblé préférable à celle des écarteurs, elle rend l'utérus plus accessible, partant elle facilite l'opération.

La lèvre antérieure du col étant fixée par une pince à griffes et l'irrigation continue étant installée, après m'être assuré avec le doigt de l'épaisseur des parois utérines et de la dégénérescence qui les entame, j'enlève vivement avec la curette tranchante toutes les parties exubé-

rantes du néoplasme, m'appliquant à racler tous les tissus mortifiés, sur le point de s'éliminer, les bourgeons friables, source d'hémorragie et de septicémie, ne m'arrêtant qu'aux tissus simplement infiltrés et encore doués d'une certaine vitalité, ou devant la minceur menaçante des parois utérines.

Le doigt ayant rendu compte du travail accompli, la cavité est séchée avec des tampons de gaze iodoformée portés sur une longue pince et, selon les cas, touchée au chlorure de zinc au dixième ou au thermocautère. Si le col est suspect, il est enlevé ainsi qu'il sera dit plus bas. Comme pansement l'utérus et le vagin sont bourrés de mèches iodoformées qu'on enlève vers le troisième jour pour faire des injections antiseptiques, puis des insufflations de la poudre dont M. Lucas Championnière a donné la formule, et où le quinquina est remplacé par le tannin.

Pour les cancers du col, de beaucoup les plus communs, il faut distinguer ceux qui creusent de ceux qui végètent.

Pour les premiers, les opérations palliatives sont moins souvent indiquées; la curette légèrement maniée et un attouchement au fer rouge suffisent.

Les cancers exubérants demandent au contraire à être opérés hardiment. Le vagin étant rendu béant par des écarteurs, la tumeur est saisie avec une large pince à griffes et enlevée rapidement en deux à trois coups d'une curette tranchante de la forme et de la dimension d'une cuiller à café : il faut aller vite pour ménager le sang. Le plus gros enlevé, la plaie est régularisée avec le bistouri ou les ciseaux qui retranchent tout ce qu'il est possible de sacrifier, et ne s'arrêtent qu'en arrivant sur les tissus simplement infiltrés. On est amené parfois à ouvrir le cul-de-sac de Douglas et à lier les utérines.

A moins que la dissémination cancéreuse ne soit trop étendue pour permettre d'atteindre des tissus simplement envahis, mais non encore complètement dégénérés, il est important de faire une plaie régulière susceptible d'être suturée, on obtient ainsi un rétablissement plus rapide et plus durable. En effet, étant suturés, les tissus envahis par des traînées cancéreuses se comportent comme des tissus sains et donnent des cicatrices par première intention.

Cette manière de faire est surtout importante chez les femmes encore réglées. Chez l'une d'elles, ayant pansé à plat une amputation élevée du col, j'eus une atrésie complète de l'orifice inférieur de l'utérus, suivie d'un hématomètre qui me força, la patiente refusant une seconde intervention au bistouri, à établir la perméabilité utérine au moyen de l'électrolyse.

Si la suture était impossible, il faudrait assurer l'intégrité du canal utérin au moyen d'un drain en croix.

Pendant cet évidement, on saisit avec de longues pinces à forcipressure toutes les artères qui donnent, quitte à mettre plus tard une ligature sur les plus importantes. C'est en somme une amputation irrégulière du col, remontant très haut, ébarbant, quand il y a lieu, la partie inférieure des ligaments larges et les parois vaginales.

L'hémostase et l'asepsie assurées, je suture toute la plaie aux fils de soie en reconstituant un canal cervical quand la suture est possible et les tissus modérément infiltrés; quand la dissémination cancéreuse est tellement avancée qu'on ne peut arriver à la limite des tissus encore doués d'une certaine vitalité, ou qu'il a fallu causer de trop grands délabrements, je bourre simplement la plaie avec des mèches de gaze iodoformée. Dans ces cas, j'arrête, au fer rouge ou avec une solution de chlorure de zinc au dixième, l'hémorragie en nappe ou plutôt le suintement sanguin, pour peu qu'il soit notable.

Par la suite, au fur et à mesure que des bourgeons cancéreux apparaissent dans la cicatrice, ils sont aussitôt réprimés avec de l'acide lactique appliqué sur un petit morceau de ouate hydrophile, le vagin étant tamponné tout autour afin d'en limiter l'action.

J'ai soigné ainsi seize malades dont l'observation est complète. Toutes se sont remises rapidement, en quinze jours en moyenne, sans fièvre, sans réaction, avec une cicatrice suffisante pour qu'elles se soient crues guéries en quittant le lit.

J'en ai encore deux en traitement. Une âgée de 57 ans, atteinte d'épithélioma exubérant du col avec empâtement des ligaments larges et envahissement du vagin. Elle avait de telles hémorragies que sa fin était proche. Je l'ai opérée en août 1889. Guérison rapide avec cicatrice par première intention. Bien que retardé dans son évolution, le cancer a continué, j'ai dû l'opérer à nouveau en décembre 1891, pour les mêmes accidents, et encore aujourd'hui son état est relativement satisfaisant. C'est une paysanne, elle peut vaquer aux soins de son ménage.

La seconde âgée de 38 ans, était atteinte de la même manière que la première, avec cette différence que sa tumeur était dure, comme ligneuse à la base. Opérée le 10 septembre 1891, elle a guéri avec une cicatrice par première intention, ne conservant qu'un peu de leucorrhée inodore. A la fin de janvier dernier, elle avait une petite ulcération sur la cicatrice, vers le cul-de-sac antérieur. Cette ulcération se creuse lentement, en éveillant des douleurs qui sont devenues assez vives à la fin de juin, mais encore aujourd'hui sa

situation est supportable ; couturière de son état, elle va travailler en journées. Quand je l'ai opérée, elle était dans une position si critique qu'elle n'en avait plus pour huit jours à vivre.

De cette trop courte note, je crois légitime de conclure :

1° Quand les cancers utérins sont trop avancés pour être justiciables de l'hystérectomie vaginale totale, le meilleur traitement à leur opposer reste toujours le traitement chirurgical ;

2° Sans faire courir aucun risque aux malades, il les soulage et leur donne l'illusion de la guérison en supprimant les complications pour un temps ;

3° Il donne, sur l'évolution du mal abandonné à sa marche naturelle, une survie qu'on peut évaluer à plus d'une année ;

4° Les opérations palliatives doivent être pratiquées largement avec le bistouri, les curettes, les ciseaux, exceptionnellement le fer rouge, qui ne vient le plus souvent que comme complément ;

5° Quand on peut atteindre la zone des tissus simplement infiltrés, le pansement de choix est la suture qui donne des réunions par première intention ;

6° Si on est forcé de s'arrêter dans des tissus complètement dégénérés, après en avoir enlevé le plus possible, il faut panser antiseptiquement à plat ;

7° Quelque avancés que soient les cancers utérins, les opérations palliatives les soulagent et les prolongent.

APPAREIL A PASTEURISER LE LAIT

par M. **Legay** (Lille).

La nécessité d'employer dans l'alimentation humaine, particulièrement pour l'allaitement artificiel des nouveaux-nés, du lait stérilisé, ou tout au moins du lait pasteurisé, c'est-à-dire dépouillé des germes pathogènes qu'il peut contenir, est actuellement reconnue par la généralité des médecins.

Il est, en effet, démontré que le lait est souvent le véhicule d'un grand nombre de maladies infectieuses, telles que la tuberculose, la fièvre aphteuse, la scarlatine. De plus, dans les différentes manipulations

que le lait subit avant d'arriver au consommateur, il peut rencontrer d'autres germes, ceux du choléra asiatique, du choléra nostras, de la fièvre typhoïde, etc. Enfin, le lait pourra devenir un aliment dangereux par la multiplication dans sa masse de certains bacilles qui s'y développent habituellement (bacterium acidilactici). L'existence de ces germes sera parfois l'origine de certaines diarrhées infantiles pouvant causer la mort.

L'ébullition que le médecin préconise dans les familles est-elle un moyen suffisant pour mettre l'enfant à l'abri de l'absorption de tous ces microorganismes dangereux?

Nous ne le croyons pas, et c'est d'ailleurs l'opinion du plus grand nombre des médecins, puisque, à leur demande, on a construit des appareils qui, brisant la pellicule superficielle du lait, permettent de le maintenir à la température de cent degrés pendant plusieurs minutes.

Si l'ébullition prolongée permet de supprimer sûrement les germes pathogènes du lait, elle est loin d'être sans inconvénients au point de vue de la conservation des propriétés physiques et des qualités nutritives de ce liquide.

D'abord après quelques minutes d'ébullition, le lait aura perdu une grande partie de son volume primitif.

Dans un travail antérieur, nous avons démontré que, dans les conditions habituelles, 200 grammes de lait après 40 secondes d'ébullition se réduisaient à 144 grammes, et que la densité de 1037 s'élevait à 1053. On voit par ces chiffres quels changements la composition du lait subira si l'ébullition dure 2 et 3 minutes.

L'augmentation de la densité au point de vue de l'alimentation artificielle rendra impossible l'évaluation des coupages.

De plus, les albumines du lait auront été coagulées ou pour le moins notablement modifiées. On sait avec quel soin il faut éviter un changement d'état des albumines du lait. C'est à elles, en effet, que sont combinés les phosphates dans cet aliment. Ceux-ci n'existent pas dans ce liquide à l'état de sel libre, mais bien en combinaison avec la caséine.

Par l'ébullition prolongée, les gaz disparaissent. Leur rôle, au point de vue de la digestibilité du lait et de l'assimilation des sels, est connu. Pflüger a démontré que le gaz acide carbonique, entrait dans le lait dans la proportion de 7 centimètres cubes pour cent; il importe de le conserver.

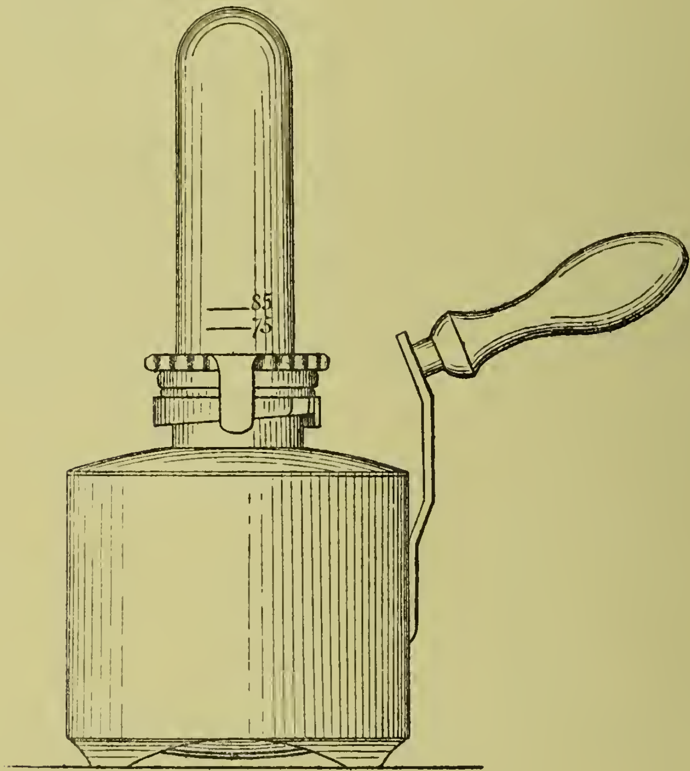
Si donc on veut bien admettre que le lait perd certaines qualités et quelques-uns de ses principes par un séjour de plusieurs minutes à la

température d'ébullition faite à l'air libre, on jugera nécessaire de rechercher un moyen qui permette de supprimer ces germes pathogènes en évitant l'ébullition.

C'est là le but de l'appareil que nous présentons au Congrès.

Il permettra de porter à une température supérieure à 75 degrés, pendant 10 à 15 minutes le lait destiné à la consommation.

Or, d'après les dernières données scientifiques (Van Geuns, Lazarus, H. Bitter, etc.) tous les microbes pathogènes que l'on peut craindre sont détruits par un séjour de 10 minutes à cette température.



Pour rendre l'appareil pratique, il importe d'éviter, pour faire connaître cette température, l'emploi du thermomètre. Aussi, dans notre appareil, c'est le lait lui-même qui servira de liquide thermométrique. Introduit à la température ordinaire (15°) jusqu'à un trait

déterminé, il affleurera à un second trait marqué 75 lorsque sa température sera de 75°; à un trait 100 lorsque sa température sera de 100°. On voit combien il sera facile de maintenir, sans thermomètre, pendant plusieurs minutes, du lait au-dessus de 75°, en laissant le récipient ainsi gradué au bain-marie.

Mais nous voulons de plus éviter la déperdition des gaz et la diminution de volume du lait. Pour ce résultat nous utiliserons la dilatation du lait qui, se faisant en vase clos, amènera un retrécissement de volume de la chambre à air située à la surface du lait. Ce retrécissement de volume aura pour effet de développer une pression qui s'opposera à toute déperdition de gaz ou de vapeur.

Pratiquement nous avons résolu le problème de la façon suivante :

Notre pasteurisateur se compose d'un récipient métallique sur lequel vient s'appliquer un bouchon de verre creux. Une fermeture bayonnette assure un bouchage parfait par l'interposition d'une rondelle de caoutchouc. Le bouchon tube est gradué; il porte les traits 75° et 100° déterminés de telle manière que l'affleurement du lait à ces niveaux indique la température de la masse de lait qui a été introduite à 15° jusqu'à fleur du récipent métallique.

Le lait retiré de cet appareil, après avoir été maintenu pendant dix minutes au-dessus du trait 75, pourra être considéré comme parfaitement privé de ses germes pathogènes. De plus il ne présentera pas les inconvénients d'une ébullition prolongée. Il aura gardé ses gaz et conservé son volume.

Nous n'avons pas à insister ici sur les avantages du lait stérilisé, non seulement au point de vue de l'hygiène mais aussi de ses applications thérapeutiques.

Nous terminerons par un tableau de Van Geuns indiquant les températures auxquelles sont tués les différents bacilles à craindre. On verra d'après ce tableau que la température prolongée de 75° est plus que suffisante. Pour ceux qui considéreraient cette température comme faible il leur sera facile de maintenir le lait entre les deux traits 75° et 100°, soit même à ce dernier trait pendant le temps nécessaire.

Bacille virgule du choléra	58°
Spirille de Frinkler Prior (choléra nostras).	58 à 59°
Bacille typhique . . , ...	60°
Pneumocoque de Friedländer	58 à 60°
Streptocoque (virus vaccinal)	60°
Bacille tuberculeux	68 à 69°

DEUX CAS DE CHIRURGIE OBSTÉTRICALE

par M. **Henry Delagénière** (du Mans).

PREMIER CAS (1). — *Cas de dystocie par fibrôme utérin enclavé. Opération de Porro. — Enfant vivant. — Guérison.*

Le 20 janvier 1882, je suis appelé par mes confrères MM. les Drs Ledrain (de Loné) et Mascarel (de Brulon) auprès de la nommée S..., Jeanne, âgée de 38 ans, demeurant à Chantenay (Sarthe).

Cette femme, réglée à 12 ans, a toujours eu une menstruation irrégulière. Deux fois elle est devenue enceinte et a eu deux fausses couches; la première de trois mois et demi le 5 janvier 1890, la deuxième de deux mois le 1er novembre de la même année. Elle redevient enceinte au mois d'avril 1891, et grâce à des précautions sans nombre, elle parvient à mener sa grossesse à terme.

Le lundi 18 janvier, à 6 heures du matin, les premières douleurs se font sentir. Le Dr Ledrain, appelé le lendemain, voyant que le travail ne s'avance pas, cherche à rompre la poche des eaux, qu'il atteint difficilement. Les contractions utérines augmentent, mais la tête ne s'engage pas. M. Ledrain reconnaît alors la présence d'un fibrôme volumineux obstruant le bassin et faisant obstacle à l'accouchement. Il fait une tentative d'application de forceps en prenant toutes les précautions antiseptiques voulues, mais le fibrôme s'oppose à la pénétration de l'instrument dans la cavité utérine. Le lendemain aucun phénomène nouveau; les choses restent dans le même état. C'est alors que MM. Mascarel et Ledrain me font appeler.

Etat de la malade le 20 janvier. — L'état général est assez bon. La malade se plaint de douleurs dans les reins. Elle rend un peu de sang par le vagin. Au palper, la masse formée par l'utérus gravide présente une plus grande consistance dans le flanc droit. Au toucher, le col est complètement refoulé à droite; il est représenté par une sorte de fente antéro-postérieure dont la lèvre droite est simplement formée par le col aminci, tandis que la lèvre gauche est représentée par un gros bourrelet dur, faisant lui-même partie d'une masse volu-

(1) No 346 de la Statistique générale.

mineuse plus grosse qu'une tête de fœtus. Cette masse peut être sentie, à la palpation. Elle est absolument indépendante du fœtus. Le doigt, introdruit dans le col, reconnaît la présence de la tête de l'enfant qui se trouve refoulée à droite au-dessus du détroit supérieur par la masse signalée dans l'excavation.

Dans ces conditions, toute nouvelle tentative d'extraction par le vagin paraît inutile. L'enfant est vivant, bien que le méconium soit rendu par le vagin. Je me décide donc à intervenir immédiatement par l'abdomen.

Opération le 20 janvier. — Cette opération est faite à la campagne (Chantenay Sarthe), mais avec instruments, compresses, tampons stérilisés, apportés de la Maison de Santé du Mans.

Le chloroforme est confié au Dr Mascarel et je suis assisté par le Dr Ledrain.

Le vagin a été soigneusement désinfecté au moyen d'injections au sublimé. Incision de 15 centimètres, dépassant l'ombilic de 5 centimètres. Je fais écarter les lèvres de la plaie abdominale et dispose des compresses tout autour de l'ouverture de la paroi. La face antérieure de l'utérus est rénitente. Je pratique une incision médiane et pénètre d'emblée dans la cavité utérine. Mon bistouri rencontre le placenta et une hémorragie abondante se manifeste. Je sectionne rapidement le placenta dans toute son épaisseur, et saisis et enlève l'enfant à travers la plaie abdominale. Je sectionne le cordon, remets l'enfant à la garde, puis décolle le placenta et les membranes; le sang continue de couler en abondance et je dois, pour arrêter cette hémorragie inquiétante, bourrer la cavité utérine avec des compresses.

L'hémorragie s'arrête. Je nettoie mon champ opératoire. Pas une goutte de sang ni de liquide n'a pénétré dans l'abdomen. Je me rends compte alors, de la situation de la tumeur que l'on sentait par le vagin. Ma première pensée est de l'extirper avec la matrice par l'opération de Porro, mais je m'aperçois qu'elle est développée très profondément aux dépens de la face postérieure de l'utérus et même du col, et qu'il est impossible de l'attirer en dehors de la plaie abdominale. Je prends donc le parti suivant : de désenclaver la tumeur autant que possible et d'amputer l'utérus au-dessus avec les ovaires. Je cherche à retirer les compresses de la cavité utérine, mais l'hémorragie se reproduit. Je les laisse donc en place et dispose un fil de caoutchouc d'attente tout autour de la tumeur. Je détache les ovaires et les ligaments larges de chaque côté par deux fils en chaîne, puis enfonce deux broches disposées en croix à travers le pédicule et les compresses. Je place enfin une ligature en caoutchouc, faisant deux fois

le tour du pédicule et s'entrecroisant dans les broches. J'ampute ensuite tout le fond de l'utérus circulairement, et je retire la plupart des compresses placées dans sa cavité. Une ou deux ont été traversées par les broches et ne peuvent être enlevées. Je ne m'en préoccupe pas davantage. Je ferme la séreuse pariétale au-dessus et au-dessous du pédicule, aussi complètement que possible, puis la peau avec des crins de Florence. Je fais une recoupe du pédicule que je cautérise vigoureusement au thermo-cautère, en carbonisant les compresses situées au centre du pédicule.

Pansement à la gaze iodoformée à la ouate de tourbe.

Environ 55 grammes de chloroforme.

Durée totale une heure un quart.

Examen de la pièce. — La pièce, conservée par M. Ledrain, est constituée par le fond de l'utérus myômateux. La section de l'organe a porté juste au-dessus du corps fibreux qui, par suite, s'est trouvé désenclavé et fixé à la paroi.

Marche. — Les suites opératoires ont été des plus simples. La température s'est toujours maintenue entre 37° et 37°5 ; une seule fois, le 21 janvier, le thermomètre est monté à 38°5. — On fait à la malade trois injections vaginales au sublimé par jour. On la nourrit légèrement. Les pansements sont faits tous les cinq ou six jours. Le 31 janvier, j'enlève, au moyen d'une pince, une compresse engagée dans le vagin. — Le 4 février, le pédicule se détache, et en le retirant, on enlève en même temps la compresse qui a été embrochée. — Le 7 février, la guérison peut être considérée comme terminée. Depuis, la malade et son enfant jouissent d'une excellente santé.

Cette observation nous paraît surtout intéressante pour ce qui a trait aux indications mêmes de l'opération de Porro.

En effet, les succès nombreux obtenus récemment par l'opération césarienne ont, à juste titre, relégué au deuxième plan l'ablation de la matrice, plus complexe, et partant plus grave. Est-ce à dire pour cela que cette opération radicale doive être complètement rejetée ? Non, assurément ; pas plus, à notre sens, que l'opération césarienne ne doit être délaissée depuis la remise en honneur de la symphyséotomie. Chacune de ces interventions ont leurs indications propres qu'il faut préciser autant que possible, et c'est ce que nous allons nous efforcer de faire pour l'opération de Porro en nous appuyant sur l'observation qui précède.

En se plaçant à un point de vue général, on peut diviser les

obstacles à l'accouchement naturel, capables de nécessiter une intervention abdominale, en *transitoires* et *permanentes*.

Les obstacles *transitoires* sont ceux qui disparaissent après la délivrance de la malade (cause de dystocie, tenant au fœtus, au placenta, etc., etc...) les obstacles *permanents*, au contraire, persisteront après la délivrance, de telle sorte qu'une nouvelle grossesse mettra la malade dans les mêmes conditions critiques et lui fera courir les mêmes dangers (vices de conformation du bassin, tumeurs pelviennes, etc...).

Chez notre malade nous sommes en présence d'un obstacle permanent, et notre devoir, en intervenant, est d'empêcher le retour d'accidents semblables, *en rendant le retour d'une nouvelle grossesse impossible*. Pour atteindre ce but, nous avons deux moyens auxquels nous pouvons recourir : la *castration* et l'*hystérectomie*.

La double castration pratiquée après l'opération césarienne *peut être suffisante* si les ovaires sont facilement accessibles et pédiculisables; si l'utérus n'est pas le siège d'une hémorragie abondante; enfin, si l'obstacle à l'accouchement se trouve en dehors de la matrice. Dans le cas contraire, on devra recourir à l'opération de Porro, dont les indications pourront être énumérées comme il suit :

1° *Obstacle permanent siégeant dans la matrice de telle sorte que l'obstacle disparaît avec l'utérus;*

2° *Impossibilité ou difficulté trop grande de pratiquer la double castration;*

3° *Hémorragie intra-utérine considérable après l'extraction du fœtus et du placenta;*

4° *Inertie de la matrice.*

Deuxième cas (1). — *Kyste multiloculaire de l'ovaire droit chez une femme enceinte de trois mois; torsion du pédicule. — Ovariotomie. — Continuation de la grossesse.*

La nommée P.., Pauline, âgée de 33 ans, fermière à Bois-Minaux, commune de Rouez (Sarthe), m'est adressée le 10 janvier 1892 à la Maison de santé des Sœurs de l'Enfant Jésus, au Mans, par mes confrères les Drs de Trolong (de Bernay) et Cohin (de Sillé-le-Guillaume).

Cette malade nous apprend qu'elle n'a jamais fait de graves

(1) N° 340 de la Statistique générale.

maladies. Réglée à 13 ans, sa menstruation a toujours été régulière. Elle a eu un enfant il y a cinq ans. Tout le temps de cette grossesse elle a souffert de vomissements incoercibles. Elle a eu ses dernières règles le 10 octobre 1891.

Commémoratifs. — A deux reprises, en 1887 et en 1890, elle a une suppression brusque des règles accompagnée de douleurs vives dans le ventre avec état général grave.

Le Dr Fontaine, qui donnait alors ses soins à la malade, songea à une hématocèle rétro-utérine suivie de pelvi-péritonite. Les deux fois la malade se rétablit, mais en conservant des douleurs dans le bas-ventre.

Le 1er décembre 1891 elle est reprise subitement de douleurs très vives dans le ventre; elle reste dans cet état jusqu'au 8; puis les symptômes s'amendent au point de disparaître complètement. Le 25, les accidents recommencent. Je la vois le 27 en consultation avec le Dr Cohin. Elle souffre horriblement du ventre, a des syncopes fréquentes. Elle localise la douleur dans le côté droit du bas-ventre. Le pouls est petit, la respiration anxieuse, le ventre ballonné et très douloureux.

Au palper, rendu fort difficile, à cause du ballonnement du ventre, on peut néanmoins reconnaître la présence d'une tumeur volumineuse, située nettement à gauche de la ligne médiane, remontant plus haut que l'ombilic, fluctuante et très douloureuse à la pression. — Au toucher, le col est mou, la lèvre antérieure très œdémateuse. *Le 13 janvier*, l'état général est sensiblement meilleur; le ventre est moins ballonné, le pouls a repris de l'ampleur et la tumeur est plus facilement accessible au palper. Elle est fluctuante, remonte à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic, occupant presque exclusivement le côté gauche du ventre. Le palper est beaucoup plus douloureux à droite.

Opération du 14 janvier 1892. — Chloroforme par le Dr Vincent (du Mans). Assistance par le Dr Bolognési (du Mans). Etaient présents mes confrères les Drs Cohin et de Trolong.

La malade est placée sur le plan incliné, puis je fais une incision sous-ombilicale que je poursuis immédiatement au-dessus de l'ombilic. L'ouverture de la séreuse est difficile à cause de son adhérence à la tumeur. Celle-ci apparaît noir-verdâtre, adhérente sur toute sa surface aux anses de l'intestin et à la paroi. Une ponction, faite avec l'aspirateur, retire 600 grammes de liquide brunâtre contenant en suspension des caillots de sang. Je décolle les adhérences qui sont peu résistantes. mais découvre une deuxième poche qui nécessite une deuxième ponction (même liquide). Je pédiculise la tumeur sur l'angle droit de

l'utérus. Il est alors très facile de constater que le pédicule est complètement tordu sur lui-même. Je le sectionne au-dessous de la torsion sur un fil à boucle passée. Les tissus sont friables et se laissent couper par le fil, ce qui nécessite une deuxième ligature. L'utérus apparaît dans le fond de la cavité de Douglas, renversé en arrière ; il est violacé, volumineux, et donne la sensation d'une tumeur fluctuante. Je le soulève avec les mains et le désenclave.

Nettoyage de la cavité.

Suture de la plaie à trois étages.

Pansement avec gaze iodoformée et ouate de tourbe.

Durée totale : une heure environ.

Chloroforme : 35 grammes.

Examen de la pièce. — Rien de bien spécial. Elle est formée de plusieurs poches, dont deux plus volumineuses. La surface externe présente de nombreuses traces d'adhérences ; la surface interne est tomenteuse, tapissée de caillots.

Le pédicule est complètement contourné sur lui-même.

Marche. — Des plus simples. La température est restée normale tout le temps. Le soir de l'opération la malade a eu une légère perte de sang. Le col de la matrice admettait l'extrémité du doigt ; mais dès le lendemain tout écoulement de sang a cessé, et la guérison n'a été entravée par aucun incident.

Le 3 février, la malade sortait guérie de la Maison de Santé.

Pendant son séjour, le ventre s'était considérablement développé. Le globe utérin dépassait sensiblement le pubis. Depuis, la grossesse a continué à évoluer normalement, et le Dr de Trolong m'annonce, le 3 juillet, la naissance d'un enfant mâle très bien constitué et pesant plus de 4 kilos. Il me donne sur l'accouchement les renseignements suivants :

La cicatrice abdominale n'a pas bougé et il ne s'est formé aucune éventration. Il est vrai que M. de Trolong avait fait maintenir cette cicatrice tout le temps du travail au moment des contractions. La malade eut une hémorragie sans conséquence et se rétablit très rapidement.

Nous attirerons surtout l'attention sur les faits suivants qui nous ont paru parfaitement mis en relief dans l'étude de notre malade :

1° Un kyste ovarique demeuré longtemps à l'état latent (au point de vue symptomatologique) peut se compliquer de torsion de son pédicule par le seul fait mécanique de développement de l'utérus ;

2° Cette torsion du pédicule peut avoir pour conséquence des

phénomènes péritonitiques graves qui réclameront une intervention immédiate ;

3° Cette intervention, malgré ses difficultés relatives, peut rester absolument bénigne pour la mère et pour le fœtus ;

4° La grossesse peut se continuer dans des conditions normales et se terminer très heureusement sans aucune complication.

Nous tirerons de ces faits les renseignements suivants, concernant la conduite à tenir si on trouve des indications nettes de laparotomie chez une femme enceinte ou seulement soupçonnée de l'être.

Aujourd'hui on connaît de nombreux exemples de laparotomies exploratrices qui n'ont pas entravé la grossesse et même quelques cas de laparotomies suivies d'intervention qui n'ont pas eu de plus fâcheuses conséquences. Le chirurgien doit donc savoir qu'il peut être appelé dans certaines circonstances à ouvrir le ventre d'une femme enceinte, absolument comme si l'état de grossesse n'existait pas. Quelles sont ces conditions ? C'est ce que nous allons chercher à établir en nous plaçant à ce double point de vue de *grossesse connue* ou seulement de *grossesse probable.*

Nous distinguons deux cas :

1° A l'état de grossesse s'ajoutent des symptômes graves, de péritonite, d'étranglement interne, etc...... Dans ces cas il n'y a pas d'hésitation possible; l'opération s'impose, absolument comme la kélotomie dans l'étranglement herniaire. Peu importe le diagnostic de la lésion primitive, c'est la complication qui domine la scène. c'est à elle que doit d'abord s'adresser le chirurgien. La laparotomie exploratrice est donc de rigueur comme dans tous les cas analogues, et la complication d'une grossesse ne modifiera en rien la conduite du chirurgien ;

2° On pourrait hésiter davantage quand aucun symptôme alarmant ne paraît mettre directement en danger les jours de la malade; si, par exemple, on vient à découvrir une tumeur abdominale chez une femme enceinte, ou bien encore, si une grossesse est soupçonnée, quand il y a indication formelle à laparotomie.

Dans ces deux cas notre opinion est formelle : il faut intervenir et ne pas se préoccuper de la grossesse possible ou reconnue.

Les risques de l'opération, dans ces conditions, seront toujours moins grands que les dangers que fera courir à la malade l'affection pour laquelle l'opération doit se faire.

On a bien cité quelques exemples de grossesses évoluant à côté de kystes ovariques, mais combien de fausses couches, d'accidents péritonéaux ne sont-ils pas à déplorer dans ces mêmes conditions !

FIBROMYÔMES UTÉRINS SOUS-SÉREUX DANS UN CAS D'APLASIE GÉNITALE AVEC PROLAPSUS TOTAL EXTERNE DE L'UTÉRUS ET DES ORGANES VOISINS

par M. **Keiffer** (Bruxelles).

Il m'a paru intéressant au point de vue de la pathogénie des fibrômes et de celle du prolapsus utérin de rapporter le cas susmentionné. Il est rare, en effet, de voir apparaître des fibrômes sur un utérus aplasique, surtout lorsque les ovaires eux-mêmes ne se sont pas développés. Il est rare également de voir se produire le prolapsus utérin, externe rectal et vésical chez une nullipare. A plus forte raison lorsque l'utérus n'a pas subi son évolution complète.

Or, ma malade présente le singulier tableau pathologique que voici et dont je n'ai pu rencontrer aucun exemple dans la littérature chirurgicale. Mme V., de Bruxelles, âgée de 65 ans, est venue me consulter, présentant les symptômes habituels du prolapsus utérin total externe : organes herniés, grandes difficultés dans la marche, la miction et la défécation. Elle *urine avec la main*, c'est-à-dire en soulevant la tumeur herniaire et cela toutes les vingt minutes en moyenne. Les douleurs dans les lombes, les aines et les cuisses sont devenues intolérables, et comme aucun pessaire n'est parvenu à soutenir l'utérus, réduit, la malade demande une intervention plus efficace.

Réglée pour la première fois à l'âge de 19 ans et six mois, elle n'aurait jamais perdu que quelques gouttes de sang au moment de ses époques menstruelles qui ont toujours été accompagnées de crises douloureuses nécessitant le repos absolu au lit pendant deux jours.

Ces époques, paraît-il, étaient rares, se présentant irrégulièrement tous les deux ou trois mois. La ménopause se serait établie à 34 ans. Pas de grossesse, pas d'hémorragies, un peu de leucorrhée seulement au moment des règles.

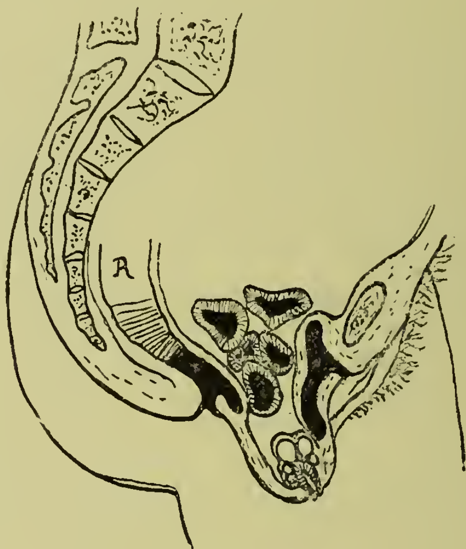
A 54 ans, elle se marie, mais uniquement pour des motifs d'intérêts, et vers l'âge de 58 ans, il y a donc sept ans, se présentèrent les premiers symptômes de la descente de l'utérus qu'aucun traitement n'a pu soulager.

J'examine la patiente et je trouve la tumeur herniée, abaissée jusqu'au niveau du tiers supérieur de la cuisse et présentant le volume et la forme d'un prolapsus utérin ordinaire. La muqueuse vaginale n'est pas hypertrophiée, elle est plutôt lisse que rugueuse et se con-

tinue au niveau du col utérin avec une muqueuse cervicale très boursoufflée et faisant fortement saillie au dehors.

La palpation, bien que rendue diffuse par la vessie en avant et le rectum en arrière, me fournit la sensation d'un utérus mou de volume normal. Le cathéter, introduit dans l'utérus, ne pénètre cependant pas à plus de 4 centimètres et cela difficilement. Le sondage de la vessie et le toucher rectal ne me donnent pas de renseignements particuliers. Je réduis alors le prolapsus aisément et le toucher me fait reconnaître qu'il n'existe pour ainsi dire pas de portion vaginale du col.

Un pessaire rond de Dumontpallier, de grandes dimensions, maintient la tumeur réduite jusqu'au jour fixé pour l'opération qui est acceptée par la malade.



Après l'ouverture de l'abdomen, je plonge la main jusque dans la cavité du petit bassin et je trouve là une collection de petites tumeurs pédiculées me donnant la sensation d'une grappe de raisins.

Je parviens rapidement à amener au niveau de la plaie abdominale un utérus extrêmement minime, épais de 2 centimètres, portant au niveau de son fond sept petits fibrômes pédiculés sous-séreux, variant entre le volume d'un pois et celui d'une noix, et en outre deux ovaires scléreux situés en un point très rapproché de l'utérus et présentant la grosseur et la forme d'une petite noisette.

Le volume des organes génitaux, les symptômes tels que l'absence presque continuelle de menstruation pendant la première moitié de la vie, la ménopause précoce chez notre malade étaient tellement caractéristique d'une aplasie génitale qu'il m'eût été impossible d'admettre chez cette femme uniquement les lésions de la sénilité. Il ne s'agissait pas non plus d'un utérus infantile.

Ce qui peut nous intéresser chez cette malade, c'est d'abord l'aplasie génitale utéro-ovarienne, ensuite la formation de fibromyômes sur cet utérus mal développé, alors que les ovaires semblent n'avoir pris aucune part à la vie génitale.

En effet, l'opinion que le fonctionnement des ovaires aurait une grande influence sur le développement des fibrômes est généralement répandue; on a même préconisé l'ovariotomie pour enrayer l'évolution de ceux-ci.

Le cas que je vous présente ne confirme pas précisément cette manière de voir, puisque de multiples fibrômes ont pris naissance et se sont formés dans un utérus aplastique malgré l'atrophie complète des ovaires.

Un exemple plus typique encore nous a été rapporté par M. le professeur Martin à sa clinique privée de Berlin. Il aurait été obligé de faire une myômectomie chez une malade ayant subi quelque temps auparavant une castration ovarienne double pour altération des ovaires. Un autre point curieux, et celui-ci au point de vue de l'étiologie du prolapsus, c'est l'existence d'un prolapsus total chez une personne dont l'utérus, même garni de ses fibrômes, est moins volumineux qu'un utérus normal; chez une femme qui ne s'est livrée à aucun travail violent pendant le cours de sa vie; enfin qui n'a pas été soumise à l'étiologie de la puerpéralité.

A en juger par l'examen anatomique des parties génitales internes, il faut, je crois attribuer le mécanisme de ce prolapsus à la petitesse même de l'utérus et de ses annexes, à la flaccidité, au relâchement de l'appareil ligamenteux et des parois vaginales dont les points de fixation se trouvaient trop réduits; bref, au manque complet de tonicité des tissus. Il s'agit donc ici d'une flaccidité congénitale et non acquise, ce qui n'est pas la pathogénie ordinaire du prolapsus. L'insuffisance des planchers pelviens ne peut pas être invoquée ici.

Je reviens à l'opération où je l'ai laissée tantôt.

Après avoir énucléé et excisé les fibrômes, je me suis servi du petit moignon utérin dont le fond constituait une excellente surface avivée pour pratiquer l'hystéropexie.

L'opération terminée, je constatai au niveau de la vulve que les

parois vaginales antérieure et postérieure formaient encore un léger colpocèle à cause de l'énorme distension du vagin.

Quelques chirurgiens auraient peut-être pratiqué préalablement à l'hystéropexie les colporrhaphies antérieure et postérieure. J'ai pensé qu'elles étaient inutiles, car j'ai pu remarquer déjà dans d'autres cas de prolapsus, traités par l'hystéropexie, que le vagin se rétracte et revient sur lui-même petit à petit avec la même complaisance qu'il met à se distendre sous l'influence du poids de l'utérus et de la paroi abdominale.

Ce qui le prouve une fois de plus, c'est que malgré l'âge avancé de ma malade, malgré le manque de tonicité de ses tissus, le colpocèle et tous les plis du vagin disparurent au bout de quinze jours.

Cette malade guérit rapidement et les résultats fonctionnels ont été des plus heureux.

Si j'ai rapporté ce cas, c'est parce que la malformation génitale peut être considérée ici comme cause déterminante du prolapsus des organes du petit bassin, et, si la théorie de Conheim sur l'origine des néoplasmes est vraie, du développement des fibromyômes.

CONTRIBUTION A LA PHYSIOLOGIE DE LA MENSTRUATION.

par M. **Keiffer** (Bruxelles).

Les plus récentes recherches sur le mécanisme de la menstruation ont fait admettre assez généralement que la muqueuse utérine est le point de départ de l'écoulement menstruel.

Si la théorie de Lawson Tait sur l'influence prépondérante de l'ovaire dans la fonction menstruelle est battue en brèche par le fait des salpingotomies doubles, les ovaires étant sains, et non suivies de modifications dans les règles, les deux observations de lésion ovarienne unilatérale que j'ai l'honneur de vous présenter donnent cependant manifestement la preuve que l'ovaire peut jouer un rôle d'arrêt dans cette fonction, alors même que l'ovaire du côté opposé est resté sain.

L'une de ces observations semble fournir en outre la preuve que la muqueuse utérine n'est pas le seul point de départ possible de l'écoulement sanguin cataménial.

Il s'agit d'une première malade, Mme X...., de Bruges, chez laquelle j'ai pratiqué la laparotomie pour ovaire scléro-kystique à gauche, l'ovaire droit étant absolument sain. L'opération était nécessitée par des troubles circulatoires et nerveux et des douleurs intolérables. De plus les règles avaient été suspendues complètement pendant six mois.

Quelques jours après l'opération ces dernières ont reparu et se sont maintenues tout à fait normales et régulières depuis lors, c'est-à-dire depuis neuf mois.

La seconde observation porte sur une malade, Mme B..., qui a toujours été bien réglée et qui, au moment d'une menstruation, n'a vu aucun écoulement sanguin se produire mais a ressenti brusquement une grande douleur dans le bas-ventre, avec sensation de faiblesse extrême, allant jusqu'à la syncope et augmentation de volume et de tension de l'abdomen.

La malade se remet assez vite de ce premier accident, mais ne voit pas de changement se produire du côté de l'abdomen, lorsqu'à l'époque menstruelle suivante qui arriva au jour attendu, le même phénomène se produisit : pas d'écoulement sanguin, mais brusque augmentation de tension et de volume du ventre.

C'est alors que la malade est venue me consulter. Après un premier examen, je pose le diagnostic de fibrôme utérin, justifié par le siège apparent de la tumeur et par sa consistance. Un confrère appelé en consultation pose le même diagnostic; nous examinons la malade deux jours après et je pus alors, à la palpation abdominale, sentir la crépitation caractéristique du caillot sanguin au niveau de la partie la plus élevée de la tumeur, c'est-à-dire du voisinage de l'ombilic; ce qui en imposait pour un fibrôme kystique avec hémorragie. Le reste de la tumeur avait encore la dureté du fibromyôme.

Deux jours après, un nouvel examen nous permet de poser avec certitude absolue le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Plus de crépitations, ni d'induration, la tumeur donnait cette fois la sensation de flot caractéristique.

L'opération est proposée et acceptée.

La paroi abdominale incisée, nous tombons effectivement sur un kyste volumineux.

Il était facile de prévoir que la fonction donnerait issue à du sang récemment extravasé, par conséquent n'ayant que peu subi les modifications hématiques ordinaires.

C'est ce qui arriva. Le sang épanché était encore rouge. Les caillots ressentis à la palpation s'étaient vraisemblablement désagrégés et dissouts dans le liquide kystique.

La tumeur, débarrassée de ses adhérences, est extraite et nous trouvons un pédicule grêle ayant subi une quadruple torsion. L'ovaire de l'autre côté était absolument sain. La malade sortit guérie deux semaines après l'intervention et depuis lors la menstruation se fait régulièrement et normalement.

Il est éminemment probable que l'hémorragie intra-kystique est consécutive à la torsion du pédicule; mais il est intéressant de noter qu'elle s'est produite au moment de la menstruation et aux dépens du flux menstruel, la malade n'ayant pas perdu une goutte de sang au cours des deux dernières périodes.

Notre première observation semble prouver que l'ovaire peut, lorsqu'il est atteint par un processus pathologique, empêcher la fonction physiologique du flux menstruel de se produire, qu'il peut, en quelque sorte jouer un rôle réflexe inhibitoire sur l'ovaire sain et sur l'utérus.

En effet, dans ce cas, l'ovaire enlevé, les règles réapparurent immédiatement comme si on avait soulevé un obstacle mécanique à l'écoulement. La seconde observation peut expliquer l'aménorrhée qui se présente fréquemment dans les altérations de l'ovaire et nous montrer que cet organe peut être le siège d'une congestion, d'une tension sanguine si intense qu'il absorbe à son profit tout le molimen menstruel.

La physiologie de la menstruation est si peu connue qu'on ne doit négliger aucun fait pour l'éclairer.

On ne saurait même assez engager les chirurgiens d'étudier chaque femme opérée de castration utérine ou ovarienne, spécialement au point de vue de la période menstruelle.

Les animaux ne peuvent pas ou presque pas nous donner de renseignements utiles à cet égard; et le fait que presque toutes les femmes opérées en un point du tractus génital se comportent différemment au moment des règles, prouve la complexité du phénomène.

La pathogénie seule, donc, pourra nous faire connaître un jour le mécanisme de cette fonction soumise à des influences si diverses.

Peut-être apprendrons-nous qu'elle est le résultat d'une activité exagérée, et sans importance aucune, à laquelle s'est adapté l'organisme féminin et qui s'est transmise par hérédité suivant la loi de la persistance des habitudes organiques.

SALPINGITES KYSTIQUES. — ÉCHEC DE LA DILATATION UTÉRINE.
ABLATION PAR LA LAPAROTOMIE. — GUÉRISON.
IMPERMÉABILITÉ DE LA MOITIÉ INTERNE DES TROMPES A L'EXAMEN
DES PIÈCES

par M. **Charles Fournel** (Paris).

Notre intention, en livrant ici une observation de laparotomie, n'est point d'insister sur le manuel opératoire ou la simplicité des suites de cette opération. Ce que nous voulons, c'est apporter notre contribution à l'étude du traitement des collections tubaires. Nous l'avons déjà dit ailleurs, si l'on peut espérer par la dilatation antiseptique, large et prolongée, de l'utérus, vider dans quelques cas les trompes kystiques, il faut, d'autre part, bien se garder de considérer cette méthode comme une panacée s'appliquant à tous les kystes tubaires. A l'appui de notre dire nous avons publié des cas d'insuccès par cette méthode. Aujourd'hui nous vous présentons un cas plus intéressant. Chez notre malade, la dilatation méthodique avait échoué; nous pûmes faire la laparotomie et l'ablation nous permit non seulement de guérir la malade, mais d'examiner avec soins les annexes, et de nous rendre compte des raisons anatomiques pour lesquelles la dilatation devait échouer, comme elle échouera en présence de tout cas semblable.

Histoire de la maladie. — Mme B..., âgée de 33 ans, couturière, est une femme d'une bonne constitution apparente.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 60 ans, paralysé; mère bien portante.

Antécédents personnels. — Bronchite à 10 ans. Réglée à 15 ans. Toujours mal réglée, même après le mariage; souvent des retards de plusieurs jours, ne voit que deux jours à peine, et généralement très peu. Toujours constipée.

Mariée à 19 ans. A eu trois enfants : un garçon de 13 ans, bien portant, venu à terme; un second de 10 ans, également bien portant, bonnes couches; enfin une fille qui vint à sept mois et mourut à dix mois de coqueluche et de convulsions.

Cette couche fût plus laborieuse. La mère étant tombée sur le côté au sixième mois et avait été obligée de s'aliter. A partir de cette dernière couche la malade se plaint de douleurs dans les reins, de

maux de tête. Un an après sa couche, perte considérable, fausse couche (?).

La malade consulte un médecin qui fait des cautérisations au nitrate d'argent.

Etat actuel. — Le 2 octobre 1891, époque à laquelle nous voyons la malade pour la première fois, l'état est le suivant :

Il existe des pertes blanches abondantes; la malade est peu réglée et chaque fois avec un retard de plusieurs jours; les règles sont horriblement douloureuses, et quelquefois accompagnées de l'explusion d'une membrane, probablement un lambeau de muqueuse utérine.

Dans l'intervalle des règles persistent seulement les douleurs dont nous avons parlé aux antécédents.

Il y a de la constipation, de la céphalalgie, des insomnies. Remarquons en passant combien le tableau de ces signes fonctionnels fait penser à l'existence de la fièvre, point important au point de vue du diagnostic.

Signes physiques. — L'utérus est assez gros, très sensible, en situation normale ; dans le cul-de-sac vaginal postérieur, tuméfaction paraissant de la grosseur de deux noix, d'une extrême sensibilité.

La situation, la sensibilité spéciale, le volume de cette tumeur d'une part, l'état de l'utérus d'autre part, nous font porter le diagnostic de *salpingites kystiques, adhérentes,* accompagnant une endométrite purulente et s'étendant à tout l'utérus.

Quant à la nature du liquide contenu dans les trompes nous n'osons nous prononcer. Et l'on voudra bien remarquer cependant que les adhérences, la sensibilité locale et la fièvre devait nous faire croire à la présence d'une collection purulente.

Après en avoir causé avec la malade et son entourage, nous nous décidons à tenter de vider les trompes en dilatant l'utérus et en le maintenant longtemps dilaté; puis à terminer par un curettage pour améliorer la muqueuse utérine.

Pendant un mois environ la malade est soumise à des séances de dilatation.

La dilatation fut commencée par les laminaires (quatre jours); fut continuée ensuite par le tassement de gaze iodoformée dans l'utérus; la gaze était renouvelée tous les deux jours. Un peu de dilatation extemporanée au moyen d'un dilatateur de Sims nous rendit de grands services. Elle était pratiquée entre l'ablation de l'ancienne gaze et le placement de la nouvelle. Nous arrivâmes ainsi à une dilatation très large et nous terminâmes par un curettage le vingt-sixième jour.

Toutes les séances, tous les pansements, les moindres tentatives d'introduction dans l'utérus avaient été horriblement douloureux et très mal supportés.

Le résultat fût appréciable pour ce qui concerne la leucorrhée et les douleurs spontanées. Ces symptômes furent considérablement amendés.

Il n'en fût pas de même du symptôme tumeur et de la douleur provoquée qui restèrent dans le même état.

Pendant deux mois la malade s'estima bien portante. Puis, les maux de reins reprennent plus violents avec insomnies et céphalées.

Le 3 mars 1892. Je pratique la laparotomie pour enlever les annexes en présence des Drs R. Belin et Maratos.

Mon incision abdominale est de 10 centimètres environ. Ma main tombe sur un kyste lisse, résistant, tendu, situé derrière l'utérus, un peu vers le côté droit et adhérent.

Ces adhérences sont détachées assez facilement ; il s'agit d'un kyste tubaire contenant un liquide transparent, les parois de la trompe sont amincies et distendues comme la paroi d'un ballon rouge. C'est la lésion désignée sous le nom d'hydro-salpinx. Ligature du pédicule à la soie, section au thermocautère.

Du côté gauche, lésions analogues, quoique moins prononcées ; les annexes de ce côté sont également enlevées.

Toilette rapide du péritoine avec des éponges, pas de lavage péritonéal.

Huit points de suture abdominale. Pansement.

Suites. — Le 3 mars, au soir, température 37°4.

Le 4 mars, matin, température 37°1. L'opérée a eu la nuit quelques nausées et a vomi quelques mucosités. Elle urine seule et n'a jamais eu besoin d'être sondée.

On donne pour boisson un peu d'eau de Vals et de la glace.

Un peu de lait a été pris dans la journée, puis rendu. La malade n'a pu garder que du bouillon. Deux piqûres de morphine dans la journée ; les nausées et les vomissements cessent absolument vers le soir.

A six heures du soir, le pouls est excellent, calme régulier, malgré un peu d'agitation de la malade qui est une nerveuse, d'ailleurs pas de fièvre. Température 37°5.

Le 5 mars, matin. Même état toujours très satisfaisant, température 37°3.

Le 6 mars, matin, température 37°4 ; le soir, 37°3.

Pendant la nuit il y a eu écoulement de sang par le vagin. Cet

écoulement, peu abondant, dura douze heures environ et cessa sous l'influence d'une injection chaude.

Le 7 mars, matin, température 37°; le soir, 37° 1.

Le 8 mars. Le matin un verre d'eau purgative, la malade nourrie jusque-là au lait et au bouillon demande à manger, nous lui permettons un œuf.

A partir de ce jour, l'état continue à être absolument satisfaisant, on alimente plus largement.

Les fils sont retirés le onzième jour.

Au dixième jour un petit écoulement de sang vaginal a lieu, pour la seconde fois depuis l'opération.

Ce jour-là, 14 mars, correspondait à l'époque habituelle des règles.

Aujourd'hui, septembre 1892, c'est-à-dire six mois après l'opération, l'opérée va bien; elle a repris son métier de couturière. Il n'y a plus de leucorrhée. Le succès nous paraît aussi complet que possible.

Examen des pièces. — a) Pièces non incisées. — J'ai conservé les pièces à l'état kystique du 2 au 9 mars, c'est-à-dire, pendant six jours. Pendant ce temps le liquide contenu dans les hydro-salpinx ne s'est pas écoulé ; le 9 mars, sixième jour après l'opération, il y avait à peine un peu de diminution du kyste tubaire du côté droit, phénomène de simple évaporation à travers les parois.

Ces pièces ont été présentées à la Société de médecine pratique, séance du 3 mars 1892, dans les termes suivants :

« Je présente à la Société des pièces provenant d'une de mes laparotomies.

» Ces pièces sont intéressantes en ce qu'elles offrent à l'œil, d'une façon frappante, les lésions de l'hydro-salpinx. Comme vous pouvez le voir, le liquide contenu dans les trompes kystiques est absolument limpide et translucide.

» L'une des deux trompes (côté droit) a le volume d'une petite poire et l'aspect d'une cornue. Le gros bout, l'ampoule de la cornue, est soudé et fusionné avec l'ovaire. Le côté du bec de la cornue, c'est-à-dire l'extrémité utérine de la trompe, est, comme vous pouvez vous en assurer, absolument oblitéré sur un trajet de plusieurs centimètres. D'ailleurs, il n'y a point de ligature sur la pièce de ce côté. Donc, si cet orifice était perméable, si peu que ce fût, le liquide se serait écoulé depuis ce matin ; vous voyez qu'il n'en est rien ; le liquide est intact, à part une petite portion qui a été retirée pour l'examen bactériologique.

» La trompe du côté gauche présente des lésions analogues, quoique moins développées ».

Le 9 mars, la Société des « médecins du traitement à domicile », de Paris, voyait ces mêmes pièces dans un état de parfaite conservation et à peine diminuées de volume par l'évaporation dont j'ai parlé.

Donc, — conservation prolongée du liquide dans son enveloppe kystique, malgré l'absence de toute ligature à aucune extrémité de la trompe, — voilà encore un fait, publiquement constaté à sept jours de distance par des réunions de médecins, auxquels les pièces ont été soumises. Nous l'enregistrons.

b) *Incision de la pièce.* — Si nous considérons dans les trompes une moitié externe et une moitié interne, nous allons voir que la moitié externe mériterait le nom de portion kystique, tandis que la portion attenant à l'utérus pourrait être qualifiée de cordon fibreux.

Dans la moitié externe, ou portion kystique, la paroi tubaire est dilatée et très mince. Le kyste tout entier est formé par la moitié externe de la trompe, boursoufflée, gonflée par le liquide. En dehors, ce kyste est limité par les franges du pavillon dont la complète et solide adhérence à l'ovaire empêche toute issue de liquide de ce côté. En dehors, c'est-à-dire au niveau du milieu de la trompe, il y a un brusque étranglement, c'est la limite interne du kyste. — Regardée par sa surface interne, la cavité kystique est de forme arrondie ; elle ne se prolonge nullement dans la moitié interne de la trompe.

La moitié interne ou portion étranglée de la trompe, comprise entre le brusque étranglement dont nous venons de parler tout à l'heure, et l'utérus, mesure du côté droit une longueur de 6 1/2 centimètres, du côté gauche une longueur de 7 centimètres.

Alors que, considérée extérieurement, cette portion paraissait avoir subi un certain degré de dilatation concentrique, l'incision, prolongée au moyen de ciseaux, depuis l'intérieur de la cavité kystique jusque vers le bout utérin, doit être pratiquée à travers un tissu hypertrophié de salpingite intersticielle. Il n'y a pas trace de cavité kystique ; bien plus, il nous est impossible de rencontrer dans cette portion de la trompe quoi que ce soit qui ressemble à un passage, à un orifice. Sur des coupes transversales nous ne réussissons pas davantage. Cette portion interne de la trompe nous paraît transformée en un véritable cordon fibreux.

Admettons que, pour former le pédicule et placer notre ligature avant la section de la trompe, il nous a fallu laisser 1 1/2 centimètre de cet organe attenant à l'utérus, et nous voyons que les cavités kystiques étaient séparées de l'utérus par un cordon fibreux de plus de 8 centimètres de longueur.

Conclusions.

De parti pris laissons de côté et l'examen microscopique des parois tubaires, et la culture du liquide contenu dans les salpingites, et aussi l'examen des lésions ovariennes ; — tout cela est à côté de notre observation et des déductions que nous en voulons tirer.

Ces déductions sont que :

a) Dans le cas présent, toute thérapeutique intra-utérine, aussi bien établie et aussi bien suivie fût-elle, devait rester inefficace. — Cela a été prouvé par trois faits dont chacun est démonstratif à lui seul. Ce sont, pour les rappeler : 1° l'échec même de la dilatation méthodique de l'utérus; 2° lorsque les trompes furent enlevées par la laparotomie, la conservation prolongée du liquide dans l'intérieur des trompes kystiques malgré l'absence de toute ligature ; 3° l'examen des pièces incisées, qui permit de distinguer dans les trompes une portion absolument transformée en cordon fibreux.

b) Voilà une conclusion ferme. J'en ajoute une autre simplement probable, c'est que bien des cas doivent être semblables à celui-ci, et bien des trompes être oblitérées.

Si d'autre part, des gynécologues nous proposent d'autres traitements que celui que nous avons appliqué, nous disent que l'on peut « ponctionner par le vagin » les collections tubaires, ou même que l'on peut simplement, en pratiquant le palper et le toucher combinés, les faire *éclater sous ses doigts*, nous croirons avoir assez répondu en leur laissant la responsabilité de pareilles méthodes.

THE RELATION OF STATIC DISTURBANCES OF THE ABDOMINAL VISCERA TO DISPLACEMENTS OF THE PELVIC VISCERA

by **J.-H. Kellogg** (Michigan).

The most characteristic feature of the new medical science to which the present century, and particularly the last half of it, has given birth, is the idea that health getting is not a matter of magic or of pill swallowing, but instead, in the majority of cases, at least, a matter of education and training. The chronic invalid is ill because he or she has violated the laws of health.

Rational medecine regards disease as the result of the operation of Nature's laws and not a consequence of chance or of supernatural agencies. It would seem selfevident that the tissue changes, the functional disturbances, the pathological processes which result from the long continued violation of Nature's laws, are not to be remedied by the most ingeniously managed medicinal antidoting any more than by the blind hopefulness of the faith healer or the nummeries of the mind cureist. Nevertheless, it is a sad fact that too many members of the medical profession have failed to recognize that in its onward march of progress true medical science has left behind the specifics and panaceas of the old regime, along with the astrology and the alchemistry of an earlier age, and are still engaged in combatting disease on the basis of an effete and false philosophy, or else blindly following an unphilosophical and ever changing empiricism. This statement is true of every branch of medecine, but perhaps applies with less force to the department of gynecology than to any other for the reason that this branch of medical science is almost wholly a creation of the last half century, and hence carries a smaller number of the ancient barnacles which adhere so tenaciously to almost every branch of practical medecine.

Rational medecine, as expounded first by Bigelow, then Holmes, and later by a whole generation of laboratory-trained physicians recognizess as necessary, in chronic cases, the control of the entire life of the invalid. Grave chronic disease involves not a single organ, but many; usually, in fact, the entire body; and its cure necessitates, first of all, that the habits of the patient shall be strictly conformed to such principles and rules as will efficiently and curatively modify his disordered vital processes. Health is as much a matter of growth and development as is the sprouting of an acorn, the growing of an oak, or the raising of a crop of wheat. The rational physician keeps ever in mind the fact that the real curative force resides not in his medicine case, but in the constitution of the patient. Nature is the real curative force. The physician really assists his patient toward recovery only when he studies the purpose of Nature in her efforts and supplies conditions which will aid nature in her work.

In no department of medicine do these principles find a better opportunity for eminently apt and proper illustration than in gynecology. But the purpose of this paper is not to dwell upon general principles, but to elucidate the governing ideas and to illustrate the practical application of a single point in etiology and therapeutics. The facts presented in this paper support the following propositions:

1. *Displacement of the pelvic viscera is not as a rule an isolated pathological condition, but is associated with similar static disturbances of the viscera of the abdominal cavity.*

2. *The principal causes of uterine and ovarian displacements are such as effect the static relations of the viscera of the abdomen as well as those of the pelvis, and hence the rational treatment of pelvic displacements require the removal of all causes of displacement of the abdominal as well as of the pelvic viscera, and restoration of the normal supports of these organs.*

During the twenty years that I have been engaged in the study and practice of medicine, my attention has been constantly called to the utility of exercise in the treatment of diseases peculiar to women, any my medical work has fallen

in such lines as has given me an opportunity to make a special study of this subject from a practical standpoint.

A Graphic Study of the Proportionate Strength of the Trunk and the Extremities. — Nearly ten years ago I constructed a dynamometer (Fig. 1), by means of which the energy exerted by any group of muscles in the body might be determined. The apparatus consists of a vertical rod, or rods, upon which moves a carriage bearing handle and levers, to which the various parts of the body to be tested are connected, and two cylinders, in one of which moves a piston to which the power is applied. A second cylinder is connected with the first and receives at its upper end a glass tube which reaches to the bottom of the cylinder. The first cylinder is filled with oil; the second cylinder contains mercury, water and oil. The difference in specific gravity of the three liquids keeps the mercury in the bottom, the water next above it, and uppermost the oil. When the piston is pressed upon, a portion of the oil is displaced from the first cylinder into the second, and as both cylinders are completely filled (care being taken to remove every particle of air), the mercury in the second cylinder is forced up into the vertical glass tube, the upper end of which is closed. A scale placed behind the tube enables one to read by the height of the column of mercury, the amound of power applied, or its equivalent in pounds or kilograms.

The data obtained by means of this apparatus has rendered possible the construction of a chart upon which may be made a graphic representation of the condition of a person's muscular system. The chart or table referred to consists of a tabulated arrangement of the averages obtained by measuring the strength of each of the principal groups of muscles of the body in a hundred adult wonen in ordinary health. In making a graphic representation of a person's strength it is only necessary to place a dot at each of the numbers on the chart corresponding to the results obtained by testing with the dynamometer, and then to connect these points with a continuous line. The chart of an ideally symmetrical person would exhibit a straight line running horizon tally across the sheet. Such a person is never found in practice, but the greater the deviations of the line the greater is te asymetry of the individual examined.

By the aid of assistants whom I have trained for the work, I have constructed charts for several hundred persons of each sex, and in a comparative study of them have noted many very interesting facts. The following table represents the strength of various groups of muscles when compared with the weight of the body in both men and women, the weight of the body being considered as unity :

	Man.	Woman.
The grasp of the hand	.7	.5
Total strength of legs	13.	9.4
Total strength of arms	8.	4.6
Total strength of trunk	8.	5.
Total strength of all the muscles of the body.	30.	19.

Several facts of interest will be noted in the above comparative table. The total strength of the arm muscles in man is nearly two thirds that of the leg muscles, while in woman it is only one half.

In both men and women the total strength of the arms is practically the same as that of the trunk and chest, the cause of which is readily understood when

it is remembered that the vigorous use of the arm muscles requires fixation of the shoulders by contraction of the trunkal muscles.

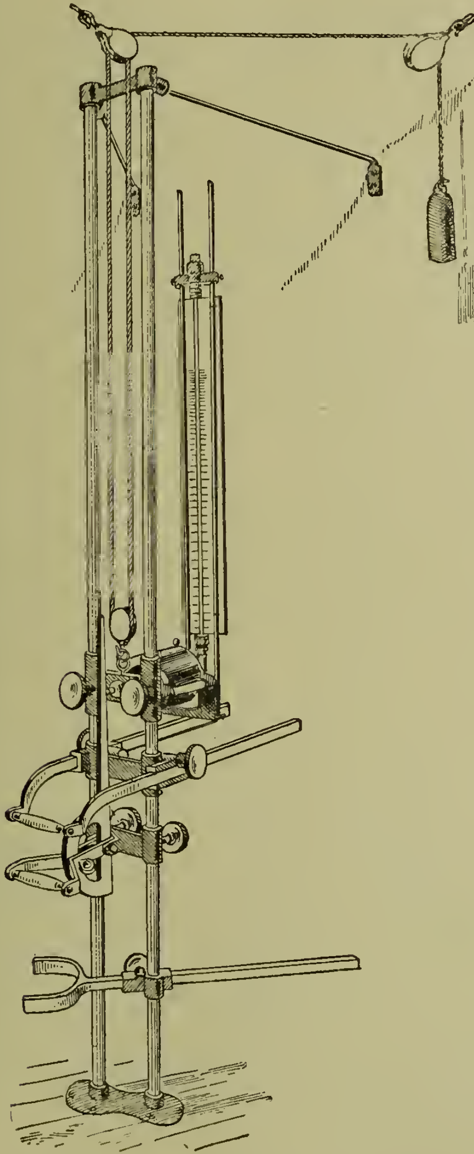


Fig. 1. - A Dynamometer Adopted to Irsting of the Strught the Museles of the Human Body.

Charts I. and II. are fair examples of the muscular type characteristic of women suffering from pelvic displacements. The low level of the figures indicating the strength of the anterior, posterior and lateral muscles of the trunk, is a clear evidence of the feebleness of the development of the structures. The only exceptions to this type found are those in which the displacement is elearly due to inflammatory processes or accidents occurring at childbirth. In one hundred eases of pelvic visceral displacement taken without seleetion I found the average total strength of the entire body to be 24 % less than that of the average woman while the average total strength of the trunk muscles in the same person was 35 % less than the average. These figures are simply the numerical expression of the same fact which is graphically shown in Charts I. and II. In Chart II. the total streugth is above the average which is found in the middle line of the chart. This unusual circumstance was due to the fact that the person was a teacher of gymnastics, who had by her exercise acquired a eonsiderable degree of strength, al though her crippled condition, due to the wearing of the ordinary dress, had prevented proper development of the muscles of the trunk. The weakness of the legs shown in Chart I. was due to the faet that the patient in addition to a complete retroversion, had been obliged to keep her bed for a considerable part of the time for a number of months owing to the inflamatory disease af the ovaries. In the great majority of cases the anterior trunk muscles are found to be disproportionately weak as compared with the posterior muscles as is seen in Chart I., in which, however, this charaeteristic is not so marked as in a large proportion of eases.

Every experienced gynecologist must have noted the frequent association of pelvic diseasees with changes in the external conformation of the body. The employement of various forms of abdominal supports in the treatment of uterine displacements is a recognition of the relation between abnormal statie conditions of the abdominal viscera, and a similar condition of tho viscera of the pelvis.

The Relation of the External Form of the Trunk to Visceral Prolapse. — Quite a number of years ago I began the study of the relation of deviations from the normal state in the outlines of the body to various forms of pelvie and abdominal diseases by the aid of a simple apparatus which I had construeted for the purpose by means of which it is possible to make an exact profile of the body in an upright position in any plane. The apparatus eonsists ot the following parts : 1. A frame attached to a close back of proper width and height, the upright bars in front of the back of the apparatus being exactly parallel with it. 2. A pencil-carrier which is placed against, and made to move upon, the two uprights in any position in a plane parallel with the back. The pencilcarrier is always at exactly right angles with the back. In preparing the apparatus for use, a piece of strong paper of proper size is fastened up on the baek by means of thumb tacks. The patient is then made to stand with the baek against the paper, with the heels, hips, and shoulders touching the paper, and the handles grasping the sides of the apparatus to secure absolute steadiness during the tracing. The patient is protected in the meantime by a sheet attached to a eord loosely tied about the neck, and when in place the pencil carrier is carried to position, and an outline of the figure rapidly drawn. Another paper being placed in position, the side profile is taken in a similar manner. For convenience in measurement and to facilitate the location of the

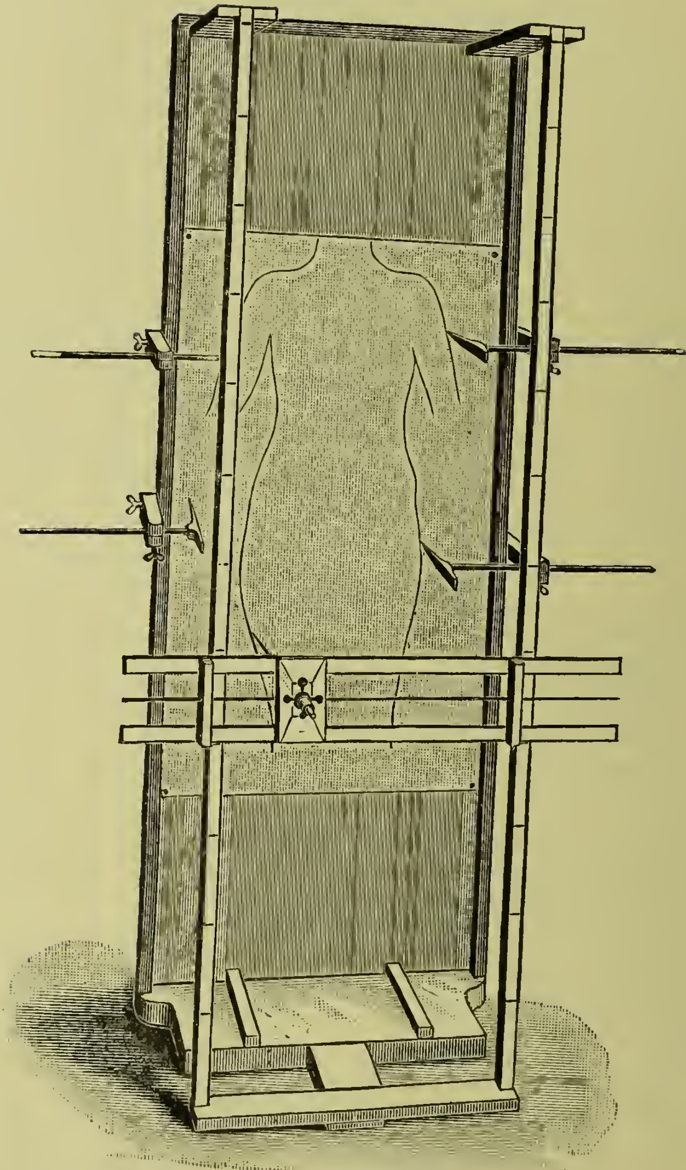
parts the exact size and position of which it may be necessary to indicate upon the outline, a vernier is placed upon each one of the four uprights of the apparatus. By means of a leveling rod passed through the center of the pencil carrier, and used in connection with the vernier, it is possible to locate and represent exactly the position of any organ of the body. The outlines shown in connection with this paper were made with this apparatus which is represented in Fig. 2. Plate 1, Fig. 1, shows the outlines of a healthy woman. Plates I to IV show outlines of women suffering from various forms of visceral displacement.

Relation of the Proportions of the Trunk to Visceral Prolapse. — For some years I have made careful anthropometric studies of all my patients, making measurements according to the rules generally followed in observations of this kind. I have extended my study to the peasant women of various nationalities, especially French, German, Italian and Chinese women, a single tribe of East Indian women, and the women of a number of the primitive American Indian tribes of Arizona and New Mexico and Indian Territory. The studies which I have made in this direction has developed the fact that the waist of the Average American woman is much smaller in proportion to the height than that, of the savage or the semi-civilized woman, or the women of other civilized nations. The following table briefly summarizes some of the resulte obtained :

	Average height.	Average waist.	Average waist percentage of height.
	—	—	—
American women	61.94 in.	24.79 in.	40.
Telugu "	60.49	24.65	40.6
French "	61.01	28.00	45.4
Chinese "	57.85	26.27	45.4
Yuma "	66.56	36.84	55.2
Venus de Milo	—	—	47.6

The Telugu women of India, whose waist proportion is 40.6 °/₀ of the height, are the only race which approaches the American women in the smallnees of waist, and Dr. Cummings who made for me a considerable number of measurements of the women of this tribe stated that it is their eustom to support the skirt which forms their principal article of dress by means of a cord tied about the waist and drawn as tightly as possible. This fact evidently explains the reason of the unusual smallness of waist in Telugu women, and suggests the cause of the same deformity in civilized American women, a peculiarity that is not exhibited by the aboriginal women of this country.

Mrs. Langtry, the famous English beauty whose proportions were recently published, gives her height as 67 inches and her waist as 26 inches, a waist proportion of 38.8 °/₀. If Mrs. Langtry is a representative of the women of her country, English women have still smaller waits than American women; but the average waist proportion of twelve English women, brick-makers, which I measured a few years ago at Lye, in the so-called « black country, » of England, I found to be 41.3 °/₀ which is a trifle more than that of American women. The waist proportion of 2000 men measured by Dr. Seaver of Yale,



Apparatus for tracing an outline of the body.
Fig. 2

I find to be 42.7 %, figures which are slightly exceeded by the proportion determined by my own measurements of men.

That this smallness of waist of the civilized woman is an acquired deformity, is evident from a study of the Venus de Milo and other ancient Grecian statues, in which I find the waist proportion to be very much greater than that of the civilized woman of the present day, and also by the recognized anatomical fact that the pelvis of the civilized woman is much broader than in women of savage tribes and semi-civilized nations. The physiological cause which gives rise to increased capacity of the pelvis in civilized women certainly would not at the same time produce a diminution in waist capacity.

Considering the abnormal smallness of waist in American women as an acquired deformity, we should expect to find this peculiarity of figure accompanied by a very considerable disturbance in the static relations of the abdominal viscera especially when recalling the fact that all the solid viscera of the abdomen are placed at its upper part, and are included within that zone of the trunk usually termed the waist, so that the smallness of the waist would indicate either a corresponding diminution in the size of the viscera occupying this portion of the trunk or a downward displacement of these organs.

Since a comparative study of the viscera of men and women shows that the liver, the principal viscus located in this region of the body, is proportionately larger in women than in men, it is evident that the only explanation of the smallness of the waist in civilized women is to be found in the lowering of the position of the organs of the lower trunk and not a diminution in size.

Another evidence of the deformity of the figures associated with prolapse of the viscera of the trunk is the lowered position of the umbilicus. The extensive researches of Dr Giovanni, recently published by him in a remarkable work upon the morphology of the human body, have established the normal position of the umbilicus as midway between the lower extremity of the sternum and the pubes, not including the zyphoid cartilage. In one hundred cases of displacement of the pelvic viscera, I found the umbilicus to be on an average one inch below the normal position, due to the sagging of the bowels. This observation agrees with that of Mr. Lockwood of St Bartholomew Hospital in London who has shown by elaborate post-mort em studies, that hernia is accompanied with prolapse of the mesentery and the attached bowel to the extent of four to nine inches. Mr. Lockwood, in a public address upon the subject, called attention to the influence of tight lacing in producing this prolapse in women.

Relative Frequency of Displacement of the Abdominal and Pelvic Viscera. — By a study of the position of the abdominal and pelvic viscera, in relation to each other and to their normal position and with special reference to the normal configuration of te body, I have noted some facts which have been to me of very great interest and which seem to agree fully with the views above presented. Plates II., III., and IV. show typical examples of a large number of cases which I have met, and show both the general configuration of the body and the position of the principal viscera of the lower cavity of the trunk. The association of a small or flat waist and prominent abdomen, with displaced viscera is extremely constant in my observations.

In a series of 517 cases of women suffering from visceral prolapse affecting either the organs of the abdomen or pelvis, studied with reference to the rela-

tive frequency of static disturbances of the abdominal or pelvic viscera respectively my observations were as follows :

Cases of marked displacement af abdominal viscers (stomach, colon, liver, kidneys, spleen)	479.
Cases of displacement of the pelvic viscera	276.
Cases of displacement of the abdominal viscera without displacement of pelvic viscera . . . , ...	241.
Cases of displacement of the pelvic viscera without displacement of the abdominal viscera	38.
Per cent of cases of prolapse of abdominal viscera without displacement of pelvic viscera	50.3
Per cent of cases of displacement of the pelvic viscers without displacement of the abdominal viscera	13.

The particulars respecting the displacement of the abdominal viscera are as follows :

Cases of prolapse and dilatation of the stomach and prolapse of the colon, (the stomach being considered dilated or prolapsed when the lower border reaches the umbilicus as determined by clapotement) . . .	382.
Cases in which one or both kidneys were distinctly movable and floating, usually the right, ...	203.
Cases of marked downward displacement of the liver, ...	16.

It is scarcely necessary to comment upon the above figures as they seem to show so clearly a positive and intimate relation between visceral displacements in the pelvis and the same condition in the abdomen. It seems to be a legitimate conclusion from the facts above presented that visceral displacements of the pelvis are not usually a disease of this region of the body alone, but are simply a local expression of a general disorder, which affects more or less extensively the entire viscera of the trunk below the diaphragm. The great frequency with which displacements of the abdominal viscera is found when attention is directed to the static relations of these organs as compared with the static disturbances of the pelvic viscera, is quite in harmony with the anatomical fact that the pelvic viscera are surrounded with much more efficient safeguards against displacements than are the viscera of the abdomen.

A careful analysis of the symptoms presented in several thousand cases of women presenting distinct evidences of pelvic disease, has convinced me that a large share of the nervous and other functional disorders from which these patients suffer, are due not so much to the pelvic disorders themselves especially in cases of displacement of the pelvic viscera, as to the general condition of the visceral prolapse prevalent among all the organs of the lower half of the trunk.

Dr. Trastour has clearly shown the important relation of the normal *statique abdominale* to health in both men and women. Any considerable change in the static relations of the abdominal viscera results in disease as certainly as does a similar disturbance of the pelvic viscera. The strain upon, and the constant irritation of, the great sympathetic centers of the abdominal region resulting from displacement of the colon, kidneys, or liver, is a constant source of reflex irritability, which, acting first upon the great centers of the brain and spinal

cord, may be reflexed to any or all parts of the peripheral nerve ramifications. That such an irritation exists is shown by the fact that tenderness of the solar plexus, of one or both lumbar ganglia, or of the lombo-artic plexus, either one or all of the conditions named, was found in a large proportion of the total number of cases to which the above statistics relate. It is doubtless true that in some of these cases the irritation of the sympathetic ganglia may have been the result of the peripheral irritation in the pelvic viscera; but that irritation of the ganglia is not generally the result of peripheral irritation in the pelvis is evidenced by the frequency with which a hyperæsthetic state is encountered in women who present no abnormal condition of the pelvic viscera, and in men equally free from pelvic disease.

Prolapse of the organs of the abdominal cavity necessarily tends to produce displacements of the pelvic organs, although it is surprising to note with what obstinacy the viscera ot the pelvis not infrequently resists the disturbing influences of the extensive static disturbances of the viscera of the abdomen. How displacement of the stomach, colon, liver, or kidneys, may occasion disease is a pathological question which needs not be here discussed since the perversions of the tissue metamorphosis naturally resulting from a disturbance in the blood supply, and from the development of abnormal and pernicious nerve reflexes are etiological factors, the influence of which is well known, and which are certain to come into an action in an organ crowded by abnormal pressure out of its proper place. Prolapsed intestines become congested and not infrequently a pseudo-stricture of the large intestine is occasioned by a folding of the viscus upon itself. Stasis of the contents of the intestines leads to fecal accumulation and consequent dilatation and atony, and thus the causes which tend to produce visceral displacements in the pelvis are accumulated and aggravated.

Causes of Visceral displacement. Respecting the causes of visceral displacements of the abdomen and pelvis, I believe that too much attention has been generally given to etiological factors, and while in themselves potent causes of static disturbance are not infrequently, and are usually, the results of other causes more fundamental in character, but which are commonly overlooked.

As regards American women, I have become quite convinced that the principal predisposing cause of visceral prolapse in the abdomen and pelvis are, first, an unhealthy mode of dress in which the central portion of the trunk is abnormally constricted, and, second, a neglect to secure by proper muscular exercise that vigorous and symmetrical physical development which is essential to the health of the entire body as well as that of the organs which occupy the cavity of the trunk below the diaphragm. In referring to the pernicious influences of the ordinary civilized dress, I do not speak of tight-lacing for the reason that the dress worn by the civilized woman is, with the rarest exceptions, universally open to criticism on the ground of abnormal pressure of the abdominal contents. Women rarely admit themselves to be guilty of tight-lacing. But even in the cases of those who consider themselves examples of moderation in this respect, the tape-line drawn about the waist will disclose the fact that the clothing fits the form so tightly that the amount of room left for expansion in breathing is scarcely a quarter or a half of an inch, and in many cases even less. It is not tight lacing which does the great majority of civilized women injury, but a dress which fits the form so snugly in the narrow zone of the waist that the increased

thoracic space demanded in respiration can be secured only by a downward displacement of the viscera to an abnormal extent.

The injury resulting from the mode of dress common among civilized women are chiefly due, first, to mechanical displacements through constriction of the trunk in its most yielding part, and second, interference with respiration.

1. I have shown in Plates I to IV the deforming influence of waist constriction and the displacing influence of heavy skirts hanging upon the waistbands, which though often loose when applied to the body, become tight by the downward traction of their weight, and exert a powerful displacing influence upon the viscera.

I recently made a comparative study of the effects of the common dress of men and women, selecting for the purpose 71 working women and 50 working men, all of whom were in ordinary health.

In the 71 women examined, prolapsus of the stomach and bowels was found in 56 cases. In 19 of these cases, the right kidney was found prolapsed or movable, and in one case, both kidneys. The 15 cases in which the stomach and bowels were not prolapsed were all persons under 24 years of age. None of these had ever laced tightly, and four had never worn corsets or tight waistbands, having always worn clothing suspended from the shoulders. It is noticeable that in a number of cases in which corsets had never been worn, tight waistbands had produced very extensive displacement of the stomach, bowels and kidneys. In one of these the liver was displaced downward.

In the 50 men I found only six in whom the stomach and bowels could be said to be prolapsed. In one, the right kidney was prolapsed. In only three was the degree of prolapse anything at all comparable with that observed in the women, and in these three (and in one other of the six cases, making four in all), it was found on inquiry that a belt or something equivalent had been worn as a means of sustaining the pantaloons. In one case, the patient attributed his condition to the wearing of a truss supported by a belt drawn tightly about his waist. This belt had been worn a sufficiently long time to be an ample cause for the displacements observed. In the two cases of slight visceral prolapse in which belts had been worn, there was considerable deformity of figure due to general weakness, and a habit of standing with the weight upon one foot. By comparison, we see the relative frequency of visceral prolapse in the men and women examined, was 12 percent. for the men, and 80 percent. for the women. In other words, visceral prolapse was found to be six and three-fourth times as frequent in women as in men. It is also noticeable that with the exception of two cases, visceral prolapse in the men was due to the same cause which produced visceral prolapse in women; viz., constriction of the waist. It makes no difference, af course, whether the constriction is applied by means of a corset, a waistband, or a belt.

I have met a number of cases of visceral prolapse in men in which the disease was directly traceable to the wearing of a belt. One case was that of a military officer who wore a tight sword belt by which he carried almost constantly a heavy sword. I have observed one case of prolapse of the kidneys in a blacksmith in which it was due to the practice common among this class of mechanics of sustaining their pantaloons by means of the strings of their leather aprons tied tightly about the waist, the suspenders being loosened so as to give greater freedom to the movements of their arms. Leaving out of consideration the four

cases of men in whom the visceral displacement was due to the same causes which produce this morbid condition in women, I find but two cases in which the viscera had become displaced from other causes, or one in twenty-five, -- a frequency just one twentieth that in which this diseased condition is found in women who consider themselves in ordinary health.

The downward displacement of the abdominal viscera resulting from limitation of the waist movements in respiration is shown in Plate II Fig. II. This effect becomes especially apparent in forced respiration. Normally the lower abdomen is slightly drawn in at the end of a full inspiratory effort, but when the waist is so disabled by a corset or bands that normal expansion in this region cannot occur, the increased thoracic inspiration can be acquired only by downward displacement of the viscera which is increased by the exageration of the intra-abdominal pressure resulting from the increased respiratory effort required to secure the needed amount of air.

Amount of Pressure Exerted by Tight Bands and Corsets.. — As the result of a large number of observations, I have found the average pressure exerted at the waist by a tight corset or tight waist bands to be, in ordinary respiration, about 3 of an inch of mercury. The measurements were made by means of a mercurial manometer. In forced respiration, I found the pressure exceedingly variable, ranging from one to twenty inches, the equivalent of which in pounds, is about one half to ten pounds per square inch. In taking these measurements, the rubber bulb connected with the dynamometer was placed underneath the corset next to the body, and, of course, the results given do not represent accurately the amount of pressure exerted within the abdominal cavity or pelvis. ; nor is it to be supposed that the force indicated is exerted on every square inch of the entire area of the corset, but only over the area of the greatest constriction.

A Study of the Influence of Waist Constriction, by Graphic Methods. — The observations were made by means of an air pessary with a recording tambour the movements of which were registered upon a kymographion in the usual manner.

Fig. 1, Plate VI, exhibits the movement of the pelvic organs produced by respiration, ordinary and forced, in a patient in a horizontal position, and without constricting bands of any sort.

Fig. 2, Plate VI, shows the movements of the pelvic organs results from ordinary and forced respiration, patient horizontal, as before, but wearing a corset moderately thigt. The difference between the two tracings is noticeable in that the movement of the pelvic organs is less when the corset is tight than when it is loose. The reason for this is made apparent by the tracing shown in Fig. 3, Plate VI, the first part of which shows ordinary respiration without a corset; the last part, ordinary respiration after the corset had been applied. The sudden elevation in the center of the tracing indicates the downward movement of the pelvic organs occasioned by the tightening of the corset.

Fig. 4, Plate VI, shows the same thing, and also exhibits the influence of coughing upon the pelvic organs. The enormous curves produced in the act of coughing indicates a corresponding amount of displacement of the uterus and its adnexa in a downward direction. Another point in this tracing to which I wish to direct attention, is the greater amplitude of movement when the corset was loosened, which coincides with what is learned by comparison of the

tracings shown in Figs. 1 and 2 or the first and last portions of Fig. 3. This lessened amplitude of movement at first surprised me; but on consideration the reason is plain. It is due to two causes: (1) The compression of the abdominal vall crowds a portion of the abdominal contents upward, while another portion is crowded downward. By this displacement of the viscera, the movements of the diaphragm are restricted. This muscle not being able to descend to the usual degree, there is less movement of the pelvic viscera than without the corset. (2) The degree of easy mobility of the uterus in the direc-

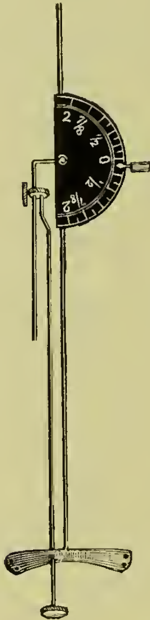


Fig. 3. - **Instrument for measuring vertical moorments of the Uterus.**



Instrument for measuring movements of the perineum.
Fig. 4.

tion of the longitudinal axis of the body, is lessened by the compression of the corset as shown by Fig. 3. Consequently the excursions produced by ordinary respiratory movements, or by the extraordinary movements of forced respiration, coughing, etc., are necessarily more limited under the restricting influence of the corset than without it.

Fig. 1, Plate VII, shows the relative influence of different positions of the body upon intra-pelvic pressure. It will be noticed that the greatest change in pressure occurs in rising from the horizontal to a vertical position, and in assuming the genu, pectoral position. The facts elicited by the tracing agree precisely with what have been held as accepted facts, but for which we have heretofore had no scientific or exact representation, for which reason, chiefly, I offer them as being of interest.

Fig. 2, Plate VII, exhibits the influence of certain movements of the body

upon intra-pelvic pressure. It is noticeable that bending backward increases the pressure, while bending forward lessens the pressure. Under the influence of a tight corset, the degree of pressure induced by bending backward was increased, while the decrease of pressure in bending forward was greatly lessened, or was more than neutralized by the pressure of the corset upon the lower portion of the abdomen.

The facts elicited by my observations of the respiratory movements of the pelvic viscera present themselves as follows :

1. *There is a normal movement of the pelvic viscera corresponding to those of respiration.*

2. *These movements are lessened by the constriction of the waist inducing the costal type of respiration, as the result of two factors,* a. *the lessened movements of the diaphragm, and* b. *the downward displacement produced by the pressure of the corset upon the abdominal walls.*

Effect of constriction of the Waist upon Intra-Pelvic Pressure. The tracings which I have exhibited show merely relative pressures. In order to obtain at least an approximate idea of the amount of pressure to which the pelvic organs are normally subjected, and to which they are subjected by the wearing of a corset or other constricting articles of dress, I have made a number of observations by means of a mercurial dynamometer adapted to the purpose. In using the instrument for testing intra-pelvic pressure, I filled with water the bulb of an ordinary air pessary previously placed in the vagina, and connected it with the cistern of the dynamometer. I have made many measurements with this instrument in this manner and have obtained some most interesting results, which I have tabulated. Without reviewing the whole number of measurements recorded in my tables, I will present the following, which have a most important relation to the subject under consideration :

The measurements were taken with the patient in three positions, lying, sitting, and standing, and both with and without a corset in all these various positions.

In a case which may be considered an average one, a young woman of twenty years of age, starting with an initial pressure of eight-tenths of an inch of mercury, with the patient lying down, the mercurial column was raised in ordinary breathing from .01 to .05 of an inch by each respiratory movement. In forcible respiration, the mercurial column was raised from .35 to 1.7 inches.

Such acts as laughing, coughing, or blowing the nose, raised the mercurial column from 1 to 4.1 inches. When the initial pressure was 1.5 inches, bending forward lowered the column from .0 to .5 inches; bending backward raised it 2 inches.

On tightening the corset, the mercurial column was raised .5 of an inch. In forced respiration from .2 to .5.

Rising to a standing position, the initial pressure increased .5 inches, and other pressures increased in proportion. I have not yet pursued these studies as far as I desire to do, and hope to perfect my apparatus so as to be able to obtain a very accurate idea of intra-pelvic pressures, and the extent to which aberrations from the average normal pressures are possible; but I thinck I have, at least, shown that variations in pressure, corresponding to the tracings made by the recording tambour and kymographion, represent changes which are very considerable in degree and of important pathological import. This will

be more fully appreciated perhaps, when it is remembered that an inch of mercury represents about one half pound pressure, and that even so small a pressure as .5 of an inch of mercury, or four ounces avoirdupois, amounts to a very considerable aggregate when applied to every square inch of the pelvic floor.

Direct Measurement of the Amount of Displacement of the Uterus Induced by Constriction of the Waist, etc. — Finding no convenient method of measuring the actual amount of movement of the uterus along the axis of the body, I devised an instrument, Fig. 3, by means of which the movements of the uterus in relation to the longitudinal axis of the body are so magnified as to render apparent slight movements of ascent or descent which might otherwise escape detection. The action of the instrument will be easily understood from the accompanying cut. By means of this instrument, I find that the movements of the uterus up and down in ordinary breathing are from .1 to .3 of an inch. Coughing or deep breathing, straining and similar movements may increase this to .5 of an inch. By the application of the corset, or other constricting means, I find the uterus is lowered in the pelvis from .2 to .5 of an inch.

By means of another instrument, shown in Fig. 4, which I have constructed for the purpose, I have undertaken to measure the amount of displacement of the abdominal viscera trough waist constriction by observing the changes in position of the perineum in relation to the longitudinal axis of the body under the influence of pressure. The instrument consists simply of a lever sustained by an upright and adjustable support, furnished with a vernier, against which the end of the long arm of the lever plays while the short arm is applied to the perineum. The fulcrum of the lever is so placed that the recording end of the lever has an amplitude of movement just five times that of the end placed against the pelvic floor. The instrument can be used with the patient lying or standing. By the use of this instrument, I find that lacing of the corset as tight as ordinarily worn, depresses the pelvic floor from five to twelve millimeters. I have sometimes observed a rise in the pelvic floor of fifteen millimeters immediately after the corset was loosened.

The interference of waist constriction with respiration is also evident from a study of the tracings shown in Figs 1 and 2, Plate VIII., which were obtained by means of a pneograph, shown in Fig.5. This instrument consists essentially of two chambers separated by a diaphragm of thin rubber. One of these chambers is connected with a recording tambour which writes upon a sheet of smoked paper carried by a revolving cylinder such as is used with the ordinary pneumograph. With the other chamber is connected a breathing mask, which, in use, is placed over the mouth and nose. This chamber is provided with a second opening, the size of wich is controlled by a shutter, which can be adjusted at will. In use, the patient under examination breathes into this chamber, which may be called the breathing chamber of the instrument. With the chamber completely closed, the breath would simply pass from the mouth into the chamber and back again, there being no change of air, but with the shutter open, air is drawn into the chamber with each inhalation and expelled at each exhalation. The resistance which the air meets in passing through the shuttered opening gives rise to changes in pressure with in the breathing chamber, the pressure being diminished during inspiration and increased during expiration. The amount of this change in pressure will depend upon

the size of the opening, and can be exactly measured by connecting the breathing chamber with a water column. The average pressure which I have observed is equivalent to a column of water one-half inch in height. This is certainly an amount too small to seriously modify the form of the respiratory movements.

The changes in pressure in the breathing chamber of course give rise to movements of the rubber diaphragm separating the two chambers of the instrument. These movements actuate in turn the diaphragm of the recording tambour, which writes upon the recording cylinder in the usual way. That

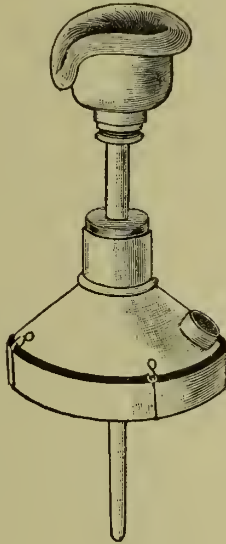


Fig. 5. - Pneograph.

portion of the curve above the base line represents expiration, that below, inspiration. The difference between the curves shown in Fig. 1, and those in Fig. 2, Plate VIII, suggests the interference with respiration through the increase of abdominal pressure resulting from waist constriction.

Gynecologists have often called attention to the baneful influences of high heels in producing pelvic disease. Many of the outline tracings which I have made very clearly confirm this opinion. Forward carriage of the hips results in a depression of the chest and in an increase of the normal posterior dorsal curve, lessens the chest capacity, and depresses the viscera which occupies that portion of the trunk lying between the diaphragm and the lower part of the ribs.

Prof. Dr. E. Meinert of Dresden, kindly sent me a few months ago a number of photographs in which the evil effects of waist constriction in causing visceral displacements is very clearly shown by outlines traced on the skin. In a letter accompanying the photographs Dr. Meinert who had seen some of the outline

tracing which I have made, kindly says: «So far as I have made studies in the same direction I can verify your opinions on every point.»

Dr. Meinert method of investigation is a very original and ingenious one, and it posseses the merit of accuracy in the highest degree.

2. *Injuries Resulting from the Common Mode of Dress through Interference with Normal Respiration.* What is normal respiration in a woman? Thirteen years ago, in a published article upon this subject, I wrote as follows:

«It is undoubtedly true that most women do breathe almost exclusively with the upper part of the chest; but whether this is a natural peculiarity, or an acquired and unnatural one, is a question which I am decidedly inclined to answer in harmony with the latter supposition, basing my conclusion upon the following facts:

1. In childhood, and until about the age of puberty, respiration in the boy and the girl is exactly the same.

2. Although there is a change in the mode of respiration in most females usually soon after the period of puberty, marked by increased costal respiration, and diminished abdominal or deep respiration, this change can be accounted for on other than physiological grounds.

3. I believe the cause of this modification of respiration is the change in dress which is usually made about the time of puberty. The young girl is now becoming a woman, and must acquire the art of lacing, wearing corsets, stays, and sundry other contrivances which will aid in producing a fine form.

4. I have met a number of ladies whose good fortune and good sense had delivered them from the disturbing influence of corset-wearing and tight-lacing, and have invariably observed that they are as capable of deep respiration as men, and practice it naturally.

I am thoroughly convinced that this so-called physiological difference between man and woman is really a pathological rather than a physiological difference. In short, I believe that the only reason why women do not, under ordinary circumstances, breathe as do men, is simply, that they cannot breathe naturally.

Five years ago, I improved the opportunity afforded by a journey through the western portion of the United States to take pneumographic tracings of the breathing movements of the women of various Indian tribes, together with more than twenty Chinese women in San Francisco, Cal. I have also obtained graphic representations of the breathing movements of the lower animals, chiefly those of dogs. The results, some of which are presented in Plates VII, and VIII, show most conclusively that there is but one normal type of respiration in human beings, and that the so-called «female type» of respiration is only the result of a mode of drees which restricts the natural respiratory movements of the lower portion of the chest. It is a mistake, however, to consider abdominal respiration as the natural mode of breathing in either men of women. In normal respiration, the chief movement of the chest is neither in the upper thoracic region, nor that which has been denominated abdominal respiration. The principal movement of the chest is in the inferior costal region. The anatomical structure of the skeleton and the arrangement of the muscles and their relation to the chest, naturally give to this portion of the thoracic cage the greatest degree of mobility. It is, in fact, only by expansion of the lower portion of the chest that the diaphragm can act

efficiently in increasing the thoracic capacity in the longitudinal diameter. The action in normal breathing begins with expansion, first at the sides, and then in front, then a slight elevation of the upper chest, and, in forced respiration, a slight drawing in of the lower abdomen at the same time. In ordinary respiration, there is simply a lifting forward of the whole front wall of the chest and abdomen, the movement extending all along the line from the upper end of the sternum to the pubis.

The so-called abdominal respiration is not only unnatural but unhealthful; indeed it has been, in many cases, productive of serious injury.

Correct breathing is as necessary to the health of the pelvic and abdominal viscera as to a healthy condition of the lungs; for the respiratory act not only pumps air in and out of the body, but draws blood to the heart, assisting particularly the portal circulation, and thus also aiding in the absorption of the products of digestion, and so facilitating the digestive process. It is quite possible, also, that the rhythmical movements imparted to all the viscera of the trunk by normal respiration, are a sort of vital gymnastics, essential to the health of each organ. The effect of inspiration is to increase abdominal tension. This is accomplished by the flattening of the diaphragm, which is facilitated by the increase in the lateral transverse diameter of the lower part of the chest, induced by contraction of the inspiratory muscles. The effect of the increased abdominal tension is to facilitate the emptying of the veins of the portal circulation, in which there is a natural tendency to congestion, as the result of the resistance of the hepatic capillary system, which intervenes between them and the general venous system. In normal respiration, in which the intra-thoracic pressure is diminished to the necessary degree by proper expansion of the chest cavity, the emptying of the portal circulation is greatly facilitated.

When the waist is constricted, both elements of the respiratory process through which the abdominal pelvic circulation is assisted, are seriously weakened. The increase of the abdominal tension, resulting from the pressure of the diaphragm, is prevented by the fact that the transverse diameter of the lower portion of the chest is not only diminished but fixed. The lateral attachments of the diaphragm are thus approached in such a manner that this muscle is rendered incapable of efficient contraction. At the same time, the intra-thoracic negative pressure is diminished through the crippling of the inspiratory act. The lower portion of the chest being held firmly, any increase in the transverse diameter of this part is impossible. The normal descent of the diaphragm being prevented, the longitudinal diameter of the chest cannot be increased to the proper extent. In consequence of the constriction and the compression of the abdominal walls by the corset, this abnormal force is largely expended upon the organs of the pelvis, which are forced down out of position. The pelvic floor is more yielding than the rigid walls of the upper chest, and is depressed, thus laying the foundation for chronic displacement. A civilized woman, wearing the common dress, cannot expand her waist more than one fourth of an inch when taking a deep inspiration. Expansion must occur somewhere, and the abnormal mode of dress neccessitates that it shall be at the upper and lower extremities of the trunk, The greater resistance of the upper ribs, and the yielding character of the structures which form the pelvic lead to a lowering of all the organs which are dependent upon the latter for support.

The injury resulting from abnormal breathing movements do not require for

their production an extreme degree of waist constriction. They are commonly met with as the result of the ordinary mode of dress, the wearers of which would doubtless defend themselves against the charge of « lacing ». It is only necessary that the clothes should fit the body snugly when the chest is in repose to bring into play all the disturbing forces to which attention has been called, as soon as increased muscular activity produces deeper or more vigorous respiratory movements.

Muscular Weakness as a Cause of Visceral Prolapse. The general neglect of such exercises as will result in a vigorous and symmetrical development of the muscular system prevalent among women addicted to waist constriction is a natural result of the interference with muscular activity which the wearing of such a dress involves.

By the inactivity of the muscles of the trunk and the failure of development due to continued pressure, the muscles of the central and anterior portions of the trunk become abnormally weak, so that their, natural tone is insufficient to support the abdominal contents in their normal position. An additional injury results from the failure of these weakened muscles to perform their dury as guys, which balance the upper half of the pelvis upon the trunk, and by their efficient action in health, maintain a graceful and healthful poise of the body.

The strong and beautiful curves which are observed in a spirited horse are not only attractive from an æsthetic point of view, but are also of the highest significance from a physiological standpoint. In the healthy, vogorous animal, one observes that the head is held high, the neck and back strongly curved, the limbs firmly set, and the whole expression indicates vigor and strength. The same is equally true of the human body. An erect head, well curved back, prominent chest, retracted abdomen and firm set limbs, are indicative of an energized carriage of the body which is characteristic of health. The flat chest, posterior dorsal curve, projecting chin, protruding abdomen, are equally indicative of a relaxed and weak carriage of the body, characteristic of feebleness and disease. The spiritless and tired horse does not *hold* his head down; he lacks the vigor and disposition *to hold it up*. So the woman who has been accustomed to the support of stays of steel or bone, finds herself when without these means of support, feeling, as she says, as though she would fall in pieces. The muscles of the waist lack the ability to balance the chest and shoulders upon the hips.

The direct effect of the corset, and of any constriction of the waist, is to break down the natural curves of the back, straightening the spine, thus depressing the chest, and causing the shoulders to fall forward, and producing general collapse of the front wall of the trunk.

In consequense of the weakening of the muscles which support the trunk, and especially weakness of the waist muscles, an ungraceful and unnatural carriage of the body appears, not only in walking and standing, but in sitting. The weak-waisted woman is comfortable only when sitting in a rocking or easy chair. She cannot be comfortable unless the back is supported; consequently, in sitting, the muscles of the trunk are completely relaxed, thus causing collapse of the waist and protrusion of the lower abdomen by the depression at the waist occasioned by the depression of the ribs.

Such persons, in standing, assume a great variety of awkward and unhealthful positions. The most common faults are, dropping the shoulders, projecting the

chin, hips too far forward, weight resting upon the heels or upon one foot, and a general lack of even and graceful balance of the body. In walking, the forward position of the hips makes it impossible to plan the whole sole of the foot down at once, and firmly, so the weight is thrust continually upon the heels. This difficulty is increased by wearing high-heeled shoes. A swinging, swaying wriggling, or otherwise awkward gait is the most common mode of walking one sees in women, very few of whom are good walkers, in consequence of the inability to balance the body well, trough weakness of the muscles of the waist.

The extreme frequency of spinal curvatures of various forms in women and their comparative infrequency in men is an evidence of the prevalent weakness of the muscles of the trunk in women, which results from their neglect of active physical exercise at least this is true with American women. A notable degree of spinal curvature, sufficient to produce asymetry of the body, may be found in the great majority of American women.

I made recently a careful physical examination with special reference to bodily symmetry of 200 students in attendance at a college, 75 of whom were young women and 125 young men. Of the young women, whose ages were from 18 to 30, only four were found who did not present some degree of, the spine lateral which in a number of instances was so exaggerated as to interfer seriously deviation with respiration. Marked posterior curvature of the spine was prominent in a large proportion of the cases, especially in the middle and upper dorsal region, resulting in forward carrigae of the chest and head. Among the much larger number of youg men, scarcely a dozen cases were found in which the spine was perceptibly curved, and only one very decided lateral curvature. The showing for the young men in this instance was, perhaps, unusually good, owing to the fact that they were largely from the country and had been all their lives accustomed to active out of door work and sports.

Sir John Forbes, who has made quite extensive investigations upon this subject in schools for young women in England, records that on visiting a boarding school containing forty girls, he found on close inquiry, that there was not one girl who had been in the school two years who was not more or less crooked, doubtless the result of muscular exercise.

The Relations of Neglect of Exercise to the Function of the Round Ligaments. — I recorded in a paper presented at a meeting of the annual Association of Obstetricians and Gynecologists in 1889, and published in the transactions of the Society, observations concerning the function of the round ligaments which showed that they are capable of voluntary contraction. The observations were made in the course of operations for shortening the ligaments, and for the relief of retroversion. After carefully isolating a ligament, I applied successively, a faradic, a galvinic, and a magneto-electric current with the result of obtaining vigourous contraction in each case. The ligament contracted in such manner that it was not only drawn back into the body, but was actually shortened in its length. I observed, also, that the contractions of the ligament were nearly as vigorous when the electrodes were placed, one in the vagina, and the other on the abdominal wall a few inches from the ligament, as when they were applied directly to the ligament itself. With the electrodes placed as described, an energetic contraction of the ligaments occurred whenever the abdominal muscles were made to contract by closing the circuit.

This observation led me to believe that the normal action of the round liga-

ments is as follows : The uterus being placed at such an angle with the longitudinal axis of the body that it rests upon the bladder, and is brought forward and downward by such acts as coughing, lifting, straining, etc., tending to force the abdominal and pelvic contents downward through contraction of the abdominal muscles, by which also there is a tendency to crowd the uterus backward. When the fundus of the uterus falls backward to such a degree as to allow the top of the organ to be engaged by the intestines, it is usually crowded down out of the sacrum and drags the ovaries after it. In a healthy woman, as I think my experiments, which were many times repeated, have clearly shown, the round ligaments contract with the abdominal muscles, and by taking up the slack in the ligaments which exists when they are in a passive state, these structures are rendered taut, and thus the uterus is saved from being forced downward.

This view explains how that the muscular structure of the ligaments are maintained in a normal state. A muscle soon loses its efficiency when under constant strain. It becomes tired out, relaxed, and undergoes atrophic changes. The normal slack of the round ligaments, when their functional activity is not required, give them an opportunity to rest. When their service is needed, the same nervous impulse which produces contraction of the abdominal muscles, also brings into play the round ligaments. The slack of the ligaments is taken up, and the retreating uterus snatched forward or caught in position in time to prevent its being forced back. In nearly 200 cases upon wich I have operated for shortening the round ligaments, I have, in a great number of cases, found these structures so attenuated and degenerated as to have no functional activity. Not infrequently, nothing is to be found of the original structures, except blood-vessels, nerves, and a few slender fibers, until after the abdominal portion of the ligament has been drawn out through the internal ring. I have observed constantly that ligaments of this sort are found only in cases of youg women of very feeble muscular development, or those in whom the retro-displacement has existed for a number of years. Ligaments of the sort described will not contract under the stimulus of electricity, either faradic or galvanic, and hence are functionally dead.

It is evident, then, that neglect of physical exercise, particularly neglect to develop the muscles of the trunk by which means alone the round ligaments can be maintained in a state of healthy vigor, is a powerful predisposing factor in the production of certain forms of uterine displacement.

Therapeutic Indications. — If the observations which are recorded in this paper are admitted to be accurate, and I am glad to say that many ot them are in accord with the results of the studies of Mays, Dickinson, Meinert and others, it seems scarcely necessary to emphasize their importance as bearing upon the question of therapeutics in relation to displacements of the pelvic viscera, and more or less directly also in relation to many functional disorders of the organs of the pelvis. It is evident that medicated pledgets and pessaries, pelvic massage, local applications of electricity, and even operations upon the perineum, the vagina, the round ligaments, and I may also include ventral fixation, are measures capable of giving nothing more than temporary relief to a woman suffering from displacement of the pelvic viscera as a part of the general static disturbance which exists only locally, involves all the viscera of the trunk below the diaphragm. And yet such are the means relied upon by, I think I may say without injustice, the majority of physicians, for the

relief of displaced pelvic organs. The « pessary mongers », to borrow a phrase from Dr. Lawson Tait, have waxed rich through the production and sale of a vast variety of ingenious mechanical contrivances which are capable of affording nothing more than temporary relief and palliation only in very exceptional cases, and are certainly responsible for a vast amount of mischiefmaking and resulting misery.

Gynecologists who undertake to cure women suffering from uterine or ovarian displacements without correcting their mode of dress, commit the same error as would a donkey driver in attempting to help an overburdened and prostrated beast to his feet without first removing his excessive load.

A reform of dress must include the discarding of all bands and constrictions about the waist, and the adoption of garments light and sufficiently loose to allow of the fullest and freest lung activity, followed by carefully graduated and appropriate exercise, are measures sufficient in themselves to accomplish a radical cure in a few cases of uterine and ovarian displacement, and, in the majority of cases, the relief afforded by these measures is very marked. Nevertheless, a radical cure requires, in the great majority of cases, a combination of hygienic measures with all the advantages afforded by gynecological therapeutics surgical and medical, which may be appropriate in any given case.

I do not plead for the substitution of healthful clothing and exercise for therapeutic measures, but that therapeutics alone shall not be relied upon for a cure of cases which demand a removal of causes and the building up, by natural agencies, of parts which are weak as the result of disease or lack of development.

Excercise inappropriately applied, may be the means of great mischief in the treatment of this class of cases, causing as much harm as good, or, even more, as has been done by the careless and unskilled prescription of exercise for women suffering from pelvic disorder. Sending a woman to a gymnasium with instructions to exercise, or to tell her to exercise on general principles without specific directions, is as absurd as to send a patient to a drug store with instructions to swallow medecine without any prescription respecting the kind or quantity. First of all, the specific weaknesses of the patient must be ascertained by careful physical examination, which shall include an exact test of strength of the principal muscular groups of the body. A graphic representation of the results of such an examination, such as I have shown in connection with this paper, which I believe embodies the first attempt of this sort which has ever been made, greatly facilitates the making of a proper prescription for exercise. It is only necessary that the physicians shall know what exercises are necessary of best for the development of specific muscular groups to enable him to make at once a prescription exactly adapted to his patient's case, after he has obtained a graphic representation of her condition as regards muscular strength. A mere glance at the chart shows what is needed. The low points represent weak muscles, the high points strong muscles. The distance between the low points and the high muscles, represents the degree of muscular unbalance or asymmetry. The employment of such exercises as will strengthen these muscles and bring the low points up to the level of the high ones is all the patient requires. I have for many years, nearly twenty, employed with great satisfaction and success, the system of exercise commonly known as

Swedish Gymnastics. Both the medical and pedagogical forms of this system are of the greatest possible service in the treatment of all forms of visceral displacement pertaining to the abdoman and pelvis, and indeed it appears to me next to impossible to treat successfully this class of patients without the aid of this valuable system.

I divide my patients into grades or classes according to the indications of the chart obtained for each. Special sets of exercise are prepared for each class, and in addition, special exercises designed to meet still more exactly individual requirements, are prepared for each patient. The amount of daily work expressed in foot pounds required for each of the six classes, into some one of which most of my patients fall, is as follows :

Class 1	3,600
Class 2	7,000
Class 3	18,000
Class 4	42,000
Class 5	96,000
Class 6	120,000

The amount of work indicated for each class is increased on an average 50 percent, by the special prescription made to meet the requirements of each individual case. Various walking exercises and light leg movements, club swinging, and exercise with apparatus of various kinds are necessary measures for a Hospital or Sanitarium largely devoted to this class of patients. I have devised various forms of special apparatus in the effort to meet special requirements, one of the most useful of which is shown in Fig. 6 the operation of which will be easily understood. The weight lifted by the patient consists of two cylinders partly filled with water. These cylinders are attached to an arm upon which they are rotated, on an axis supported by the upright standard. When not in use, the cylinder hangs vertically. Grasping the handles while sitting in an upright position, chest well forward, the patient raises them, thus making the cylinder move through the anterior half of a circle, of which the elbow is the center. The peculiar feature of the machine is the character of the weight, which, as stated, consists of a cylinder partialy (about two-thirds) filled with water. As the handles are raised, the water flows toward the upper end of the cylinder, thus adjusting the weight to the lifting ability of the muscles, which decreases in proportion as the muscles shorten in contraction. By this means, the muscular equilibrium is maintained to the fullest degree possible, and better results are obtained than can be reached when the weight is not made to vary automatically in adjustment to the varying lifting capacity of the muscles. The work required of the muscles of the trunk in steadying the body during the use of this apparatus rapidly increases their strength and tone.

Chart III. shows the improvement in muscular strength and symmetry made by a patient under treatment and training during four months. In this case no displacement of the pelvic viscera existed only general debility and weakness.

Chart IV. shows the gain made by a young woman who had suffered a number of years from chronic retroversion and prolapse, in two and one

half months. The most marked improvement was in the strength of the anterior muscles of the trunk which increased in strength more than 450 $_{0}/^{0}$.

In conjunction with carefully adjusted and graduated exercises, I find electricity to be an invaluable aid in treatment, and have since 1883 employed a current supplied by an alternating magneto-electric machine which possesses



Fig. 6. -- Equalizing Apparatus for Exarcising the Trunkal muscles.

the peculiar property of being able to excite vigorous muscular contractions without sensory effects. My usual method of applying this current is by the means of a divided pole electrode placed in the vagina, and a sponge electrode applied to the abdomen. When used in this way, it produces vigorous action in all the muscles of the lower abdomen, the perineum, and in several groups

of muscles of the thighs. Contractions so vigorous as to produce violent shaking of the patients body and even the table as well, can be easily produced in most patients without other sensation than that of motion. The special properties of this current are due, I thinck, to the peculiar construction of the machine producing it, by means of which, currents of great uniformity are produced.

In Plate VII. I have shown at Fig. 5 the curve produced by this machine, which is in strong contrast with that produced by an ordinary faradic machine, shown at Fig. 6.

I do not whish to be understood as indicating that all or any considerable portion of cases of chronic displacement of the pelvic viscera can be cured even by the removal of proximal causes and a faithful application of all hygienic means. Even a combination of hygienic and medical therapeutic measures will fail in the great majority of cases of long standing. Surgical measures of such sort as may be appropriate in each individual case may be resorted to in the great majority of chronic cases. This fact, however, does not detract from the importance of the consideration presented.

In the writer's opinion, neglect of these principles has often led physicians to subject patients to long continued, and not infrequently mischief-producing, treatment for pelvic ailments of a trifling character which were wholly secondary factors in the case, the main features of which were the outgrowth of static disturbances of the abdominal viscera which required treatment by the application of suitable therapeutic means. A considerable number of cases have come under my observation which have been subjected to surgical proceedures for the relief of retro-displacement of the uterus, and even extirpation of the ovaries for prolapse of those viscera, in which the patients were in no wise better for the operations which had been performed upon them, simply because of the neglect of the operator to recognize the displaced condition of the abdominal viscera, and the irritability of the abdominal sympathetic and the perverse reflex activity arising therefrom.

The facts and conclusions presented in this paper may be briefly summarized as follows :

1. Women suffering from visceral displacement of the abdomen or pelvis present a peculiar muscular type, characterized by weakness of the muscles of the trunk.

2. Cases of this sort also present peculiar deviations from the normal type of the human female figure, the most characteristic of which are a depressed or narrowed waist, flat or hollow chest, round shoulders, prominent abdomen, forward carriage of the hips, depressed position of the umbilicus.

3. A very large proportion of cases of displacement of the pelvic viscera present also displacements of the abdominal viscera of various forms and degrees.

4. The chief causes of visceral displacement in civilized women are an unhealthful mode of dress, and a lack of vigorous and symmetrical muscular development.

5. The so-called feminine type of respiration, or what is sometimes called costal breathing, is not a natural characteristic of the human female, but is the result of a mode of dress which restricts the normal respiratory movements of the lower chest.

Table of Strength Measurements.

Arranged from the Measurements of 100 Adult WOMEN, taken and compiled under the direction of J. H. KELLOGG, M. D., Battle Creek, Mich.

EXCEPT WHEN OTHERWISE INDICATED, QUANTITIES ARE EXPRESSED IN POUNDS AVOIRDUPOIS.

PER CENT	HEIGHT (inches).	WEIGHT.	ARMS. R. Hand Flexors.	L. Hand Flexors.	R. Hand Extensors.	L. Hand Extensors.	R. Forearm Pronators.	L. Forearm Pronators.	R. Forearm Supinators.	L. Forearm Supinators.	R. Arm Flexors.	L. Arm Flexors.	R. Arm Extensors.	L. Arm Extensors.	R. Deltoid.	L. Deltoid.	R. Pectorals.	L. Pectorals.	R. Shoulder Retractors.	L. Shoulder Retractors.
1	68.5	175	112	110	25	25	60	55	72	65	60	50	50	65	60	58	90	90	95	90
2.5	68.0	158	110	107	23	24	52	53	58	57	47	41	52	51	52	55	89	85	92	82
5	67.1	159	102	92	22	21	48	49	51	51	40	38	48	49	46	49	82	79	77	74
10	66.0	148	88	79	19	18	42	43	48	46	35	33	44	42	43	42	77	71	63	63
15	65.4	141	81	74	18	16	39	39	45	42	33	32	42	38	41	40	73	67	58	58
20	64.8	135	76	70	17	15	36	35	42	39	30	30	39	34	39	38	68	63	53	53
25	64.4	131	72	66	15	14	34	34	40	36	29	28	35	32	37	36	64	59	50	49
30	63.9	127	68	63	15	14	32	32	37	33	27	27	33	29	35	34	59	55	46	45
35	63.7	125	65	61	14	13	30	31	35	31	25	25	31	28	33	32	56	53	44	42
40	63.3	122	62	58	13	12	28	29	32	29	24	24	28	26	31	30	53	49	41	39
45	63.1	120	59	56	12	11	27	27	31	28	22	22	25	24	30	29	50	47	38	36
50	62.8	117	56	53	11	10	25	26	29	26	20	20	24	22	28	27	45	45	36	34
45	62.6	114	53	50	9	8	24	24	26	24	19	19	22	20	27	25	43	42	34	31
40	62.4	112	51	48	8	7	23	23	25	23	17	16	20	19	26	24	41	39	32	29
35	62.1	109	47	44	7	7	22	21	23	22	16	16	18	15	24	22	38	37	30	26
30	62.0	107	45	42	7	6	21	20	22	20	14	13	16	15	23	21	35	35	28	25
25	61.7	104	41	38	6	5	20	18	21	18	12	11	14	13	22	19	32	32	26	23
20	61.4	102	38	34	5	5	19	17	19	17	11	10	12	12	20	18	30	29	24	22
15	61.2	100	33	30	5	5	18	16	18	15	9	9	11	10	18	15	26	25	21	20
10	60.7	98	29	27	4	4	16	15	15	14	8	8	10	10	15	14	22	21	19	18
5	59.7	95	25	23	3	3	14	12	15	10	5	5	6	7	9	9	18	17	13	14
2.5	58.6	89	23	20	2	2	10	10	12	9	5	5	5	5	5	5	12	12	10	9
1	58.0	79	20	20	2	2	10	10	8	5	5	4	5	5	5	5	10	10	8	5

PER CENT	LEGS. R. Foot Flexors.	L. Foot Flexors.	R. Foot Extensors.	L. Foot Extensors.	R. Leg Flexors.	L. Leg Flexors.	R. Leg Extensors.	L. Leg Extensors.	R. Thigh Flexors.	L. Thigh Flexors.	R. Thigh Extensors.	L. Thigh Extensors.	R. Thigh Abductors.	L. Thigh Abductors.	R. Thigh Adductors.	L. Thigh Adductors.
1	80	82	300	300	88	80	145	140	168	165	170	168	120	115	111	105
2.5	76	76	284	278	84	80	125	118	159	154	155	154	98	104	110	99
5	70	71	253	256	78	79	108	104	131	127	136	134	88	95	106	90
10	61	62	232	235	71	74	95	88	112	108	118	123	83	87	91	84
15	58	57	219	225	68	70	88	83	108	100	109	114	79	81	80	76
20	54	53	207	217	55	66	92	77	103	94	102	106	74	75	72	71
25	51	50	201	208	53	63	76	72	100	89	95	101	71	71	68	68
30	48	47	194	197	50	60	70	69	95	85	90	95	57	57	64	64
35	45	44	189	189	58	57	67	66	85	82	85	90	63	64	61	62
40	42	40	181	180	56	53	62	61	80	76	81	84	59	60	57	58
45	39	38	174	172	51	50	58	58	76	74	77	81	56	57	54	55
50	36	35	167	162	47	46	53	54	72	70	72	75	52	52	51	51
45	33	32	157	153	43	42	48	50	65	65	67	70	48	48	47	47
40	31	29	149	145	39	39	45	46	62	62	64	65	44	45	44	43
35	29	26	140	136	35	33	43	41	57	55	59	60	40	41	40	39
30	26	25	130	129	30	29	37	37	52	52	55	55	35	37	37	35
25	23	21	118	115	26	24	32	32	47	46	50	49	32	32	34	32
20	20	19	108	105	22	22	30	29	42	42	45	45	29	29	31	28
15	15	12	93	89	18	18	26	22	35	35	35	35	24	25	27	24
10	12	10	79	70	14	14	22	17	33	32	33	34	21	24	22	22
5	9	7	58	51	10	9	14	10	25	26	26	26	19	19	17	18
2.5	5	5	37	34	7	5	6	8	17	17	18	18	12	12	11	13
1	5	5	20	15	5	5	5	5	10	10	10	10	10	10	10	10

PER CENT	TRUNK. Trunk Anterior.	Trunk Posterior.	Trunk R. Lateral.	Trunk L. Lateral.	Neck Anterior.	Neck Posterior.	Neck R. Lateral.	Neck L. Lateral.	RESPIRATION. Inspiration—Waist.	Inspiration—Chest.	Inspiration—Waist Expans'n (in.)	Inspiration—Chest Expans'n (in.)	Expiration—	Expiration—Spirometer (Cubic In.)	TOTAL STRENGTH. ARMS.	LEGS.	TRUNK.	CHEST.	ENTIRE BODY.	PER CENT.
1	115	490	140	135	28	65	55	65	155	220	6.0	5.5	60	255	1232	2337	1103	385	5058	1
2.5	110	446	132	127	26	63	53	60	152	193	5.3	5.3	57	237	1130	2155	1017	346	4648	2.5
5	103	386	121	122	25	60	48	49	129	158	4.9	5.1	51	224	1018	1936	914	288	4156	5
10	93	329	108	112	23	55	42	41	107	135	4.2	4.4	45	213	895	1724	803	249	3666	10
15	87	304	104	105	22	50	39	37	97	121	3.9	4.1	43	207	835	1615	748	219	3418	15
20	82	275	99	99	20	45	36	34	87	109	3.5	3.9	40	203	778	1518	691	197	3184	20
25	77	252	95	95	19	43	34	32	81	102	3.3	3.8	38	198	732	1447	647	184	3010	25
30	72	225	90	90	18	40	32	30	75	95	3.1	3.6	35	193	684	1372	597	172	2825	30
35	69	205	86	85	17	38	30	29	72	90	2.9	3.4	34	188	649	1307	559	163	2678	35
40	65	178	80	80	16	35	28	27	67	84	2.8	3.5	32	183	608	1230	508	152	2498	40
45	61	172	76	76	14	33	27	25	64	79	2.6	3.1	30	179	575	1170	484	144	2373	45
50	54	149	71	71	13	31	24	23	59	74	2.4	3.0	28	173	539	1099	436	134	2208	50
45	52	128	66	66	12	30	22	21	55	69	2.3	2.8	25	168	500	1015	397	125	2037	45
40	48	116	62	61	11	27	20	20	52	64	2.2	2.7	24	164	471	953	365	117	1906	40
35	44	103	55	55	10	25	19	18	48	60	2.0	2.5	22	159	438	875	330	108	1748	35
30	41	95	52	51	9	23	17	17	44	55	1.9	2.4	20	154	408	800	305	99	1612	30
25	36	85	48	45	8	22	15	15	39	50	1.7	2.2	17	148	371	714	275	89	1449	25
20	32	77	44	41	7	20	13	13	35	46	1.6	2.1	16	143	342	647	247	81	1317	20
15	29	69	39	35	6	19	11	11	30	39	1.4	1.9	13	135	304	542	218	69	1133	15
10	26	61	33	30	6	17	10	9	25	33	1.3	1.8	11	127	270	459	191	58	978	10
5	21	47	25	24	5	12	7	7	18	26	1.0	1.5	8	114	208	344	149	44	745	5
2.5	20	32	22	20	4	10	5	5	12	24	.9	1.5	5	78	161	223	118	35	538	2.5
1	20	30	20	20	2	10	5	5	10	20	.8	1.5	5	60	139	145	112	30	425	1

Nov. 17. (beside row 20)

July 14 (beside lower row 35)

Strength Measurements of Miss H. B. Taken July 14. 1891 Nov. 17. 1891 ....189........ ....189........ by E. M. D. E. M. D.

CHART III.

Table of Strength Measurements.

Arranged from the Measurements of 100 Adult WOMEN, taken and compiled under the direction of J. H. KELLOGG, M. D., Battle Creek, Mich.

EXCEPT WHEN OTHERWISE INDICATED, QUANTITIES ARE EXPRESSED IN POUNDS AVOIRDUPOIS.

PER CENT	HEIGHT (inches).	WEIGHT.	ARMS. R. Hand Flexors.	L. Hand Flexors.	R. Hand Extensors.	L. Hand Extensors.	R. Forearm Pronators.	L. Forearm Pronators.	R. Forearm Supinators.	L. Forearm Supinators.	R. Arm Flexors.	L. Arm Flexors.	R. Arm Extensors.	L. Arm Extensors.	R. Deltoid.	L. Deltoid.	R. Pectorals.	L. Pectorals.	R. Shoulder Retractors.	L. Shoulder Retractors.
1	68.5	175	112	110	25	25	60	55	72	65	60	50	60	55	60	58	90	90	95	90
2.5	68.0	168	110	107	23	24	52	53	58	57	47	41	52	51	52	55	89	85	92	82
6	67.1	159	102	92	22	21	48	49	51	51	40	38	48	49	46	49	82	79	77	74
10	66.0	148	88	79	19	18	42	43	48	46	35	33	44	42	43	42	77	71	63	63
15	65.4	141	81	74	18	16	39	39	45	42	33	32	42	38	41	40	73	67	58	58
20	64.8	135	76	70	17	15	36	36	42	99	30	30	99	34	39	38	68	63	53	53
25	64.4	131	72	66	16	14	34	34	40	36	29	28	36	32	37	36	64	59	50	49
30	63.9	127	68	63	15	14	32	32	37	33	27	27	33	29	35	34	59	55	46	45
35	63.7	125	65	61	14	19	30	31	35	31	25	25	31	28	33	32	56	53	44	42
40	63.3	122	62	58	13	12	28	29	92	29	24	24	28	26	31	30	53	49	41	38
45	63.1	120	59	56	12	11	27	27	91	28	22	22	26	24	30	29	50	47	38	36
50	62.8	117	56	53	11	10	26	26	29	26	20	20	24	22	28	27	46	45	96	34
45	62.6	114	53	50	9	8	24	24	26	24	19	19	22	20	27	25	43	42	34	31
40	62.4	112	51	48	8	7	23	23	25	23	17	16	20	19	26	24	41	39	32	29
35	62.1	109	47	44	7	7	22	21	23	22	16	15	18	16	24	22	38	37	90	26
30	62.0	107	45	42	7	6	21	20	22	20	14	13	16	15	23	21	95	35	28	25
25	61.7	104	41	38	6	5	20	18	21	18	12	11	14	13	22	19	32	32	26	23
20	61.4	102	38	34	5	6	19	17	19	17	11	10	12	12	20	18	30	29	24	22
15	61.2	100	33	30	5	5	18	16	18	16	9	9	11	10	18	15	26	25	21	20
10	60.7	98	29	27	4	4	16	15	16	14	8	8	10	10	15	14	22	21	19	18
5	59.7	96	25	23	3	3	14	12	15	10	5	5	6	7	9	9	18	17	13	14
2.5	58.6	89	23	20	2	2	10	10	12	9	5	5	5	5	5	5	12	12	10	9
1	58.0	79	20	20	2	2	10	10	8	5	5	4	5	5	5	5	10	10	8	5

PER CENT	LEGS. R. Foot Flexors.	L. Foot Flexors.	R. Foot Extensors.	L. Foot Extensors.	R. Leg Flexors.	L. Leg Flexors.	R. Leg Extensors.	L. Leg Extensors.	R. Thigh Flexors.	L. Thigh Flexors.	R. Thigh Extensors.	L. Thigh Extensors.	R. Thigh Abductors.	L. Thigh Abductors.	R. Thigh Adductors.	L. Thigh Adductors.
1	80	82	300	300	88	80	145	140	168	165	170	168	120	115	111	105
2.5	76	76	284	278	84	80	125	118	159	154	156	154	98	104	110	99
6	70	71	263	256	78	79	108	104	191	127	196	134	88	95	106	90
10	61	62	232	235	71	74	95	88	112	108	118	123	83	87	91	84
15	58	57	219	225	68	70	88	83	108	100	109	114	79	81	80	76
20	54	53	207	217	65	66	82	77	109	94	102	106	74	75	72	71
25	51	50	201	208	63	63	76	72	100	89	95	101	71	71	68	68
30	48	47	194	197	60	60	70	69	95	85	90	95	67	67	64	64
35	45	44	189	189	58	57	67	66	85	82	85	90	63	64	61	62
40	42	40	181	180	56	53	62	61	80	76	81	84	59	00	57	58
45	39	38	174	172	51	50	58	58	76	74	77	81	56	57	54	55
50	36	35	167	162	47	46	53	54	72	70	72	75	52	52	51	51
45	33	32	157	153	49	42	48	50	65	65	67	70	48	48	47	47
40	31	29	149	146	39	99	45	46	62	62	64	65	44	45	44	43
35	29	26	140	139	95	99	43	41	57	56	58	60	40	41	40	99
30	26	23	130	129	30	29	97	37	52	52	55	55	36	37	37	35
25	23	21	118	116	26	24	92	32	47	46	50	49	92	92	34	32
20	20	19	109	106	22	22	30	29	42	42	45	45	29	29	31	28
15	15	12	93	89	18	18	26	22	36	35	99	98	24	26	27	24
10	12	10	79	70	14	14	22	17	33	92	33	34	21	24	22	22
5	9	7	68	61	10	9	14	10	25	26	26	26	19	19	17	18
2.5	5	5	37	34	7	5	6	6	17	17	18	18	12	12	11	13
1	5	5	20	15	5	5	5	5	10	10	10	10	10	10	10	10

PER CENT	TRUNK. Trunk Anterior.	Trunk Posterior.	Trunk R. Lateral	Trunk L. Lateral	Neck Anterior.	Neck Posterior.	Neck R. Lateral	Neck L. Lateral.	RESPIRATION. Inspiration—Waist.	Inspiration—Chest.	Inspiration—Waist Expans'n (in.)	Inspiration—Chest Expans'n (in.)	Expiration—[illegible]	Expiration—Spirometer (Cubic in.)	TOTAL STRENGTH. ARMS.	LEGS.	TRUNK.	CHEST.	ENTIRE BODY.	PER CENT.
1	115	490	140	135	28	65	65	65	165	220	6.0	5.5	60	255	1232	2337	1103	386	5058	1
2.5	110	446	192	127	26	63	53	60	152	193	5.9	5.9	57	237	1190	2155	1017	346	4648	2.5
6	103	386	121	122	25	60	48	49	129	158	4.9	5.1	51	224	1018	1996	914	288	4156	6
10	93	329	108	112	23	55	42	41	107	135	4.2	4.4	46	213	896	1724	803	249	3666	10
15	87	304	104	105	22	50	39	37	97	121	3.8	4.1	43	207	836	1615	748	219	3418	15
20	82	276	99	99	10	45	36	34	87	109	3.5	3.9	40	203	778	1518	691	197	3184	20
25	77	252	95	95	19	43	34	32	81	102	[illegible]	3.8	38	198	732	1447	647	184	3010	25
30	72	225	90	90	13	40	32	30	75	96	3.1	3.6	35	193	684	1372	597	172	2825	30
35	69	205	86	85	17	38	30	29	72	90	2.9	3.4	34	188	649	1307	559	163	2678	35
40	65	178	80	80	16	35	28	27	67	84	2.8	3.3	32	183	608	1230	508	152	2498	40
45	61	172	76	76	14	33	27	25	64	79	2.6	3.1	30	179	575	1170	484	144	2373	45
50	54	149	71	71	13	32	24	23	60	74	2.4	3.0	28	179	539	1099	436	134	2208	50
45	52	128	66	66	12	30	22	21	55	60	2.3	2.8	25	168	500	1015	397	125	2037	45
40	48	116	62	61	11	27	20	20	52	64	2.2	2.7	24	164	471	953	365	117	1906	40
35	44	103	56	55	10	25	19	18	48	60	2.0	2.5	22	159	495	975	330	108	1748	35
30	41	95	52	51	9	23	17	17	44	55	1.9	2.4	20	154	408	800	305	99	1612	30
25	36	85	48	46	8	22	15	16	39	50	1.7	2.2	17	148	371	714	275	89	1449	26
20	32	77	44	41	7	20	13	19	35	46	1.6	2.1	16	143	342	647	247	81	1317	20
15	29	69	39	35	5	19	11	11	30	39	1.4	1.9	13	135	304	542	218	69	1193	15
10	26	61	33	30	5	17	10	9	25	93	1.3	1.8	11	127	270	459	191	58	978	10
5	21	47	26	24	5	12	7	7	18	26	1.0	1.5	8	114	208	344	149	44	745	6
2.5	20	92	22	20	4	10	5	5	12	24	.9	1.5	5	78	161	223	118	96	538	2.5
1	20	30	20	20	2	10	5	5	10	20	.8	1.5	5	60	139	145	112	30	426	1

Strength Measurements of .... *Taken* .... *189* .... *189* .... *189* .... *189* ...... *by* ......

CHART IV.

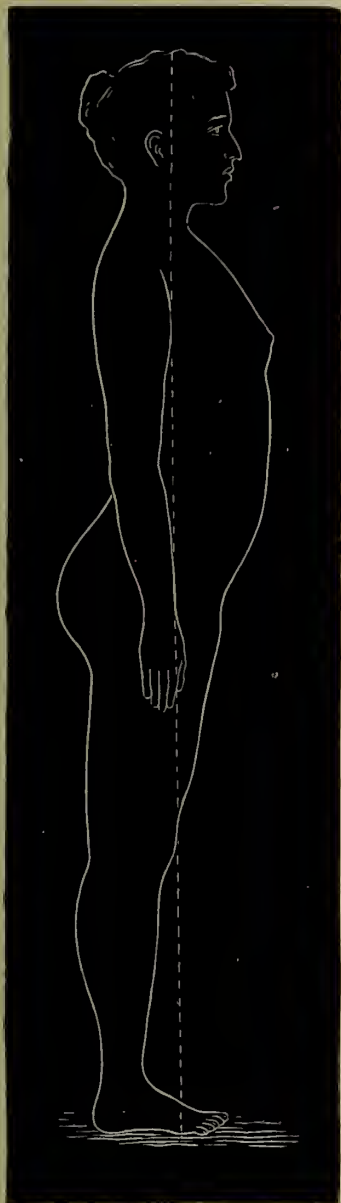


Fig. 1. A German peasant woman.

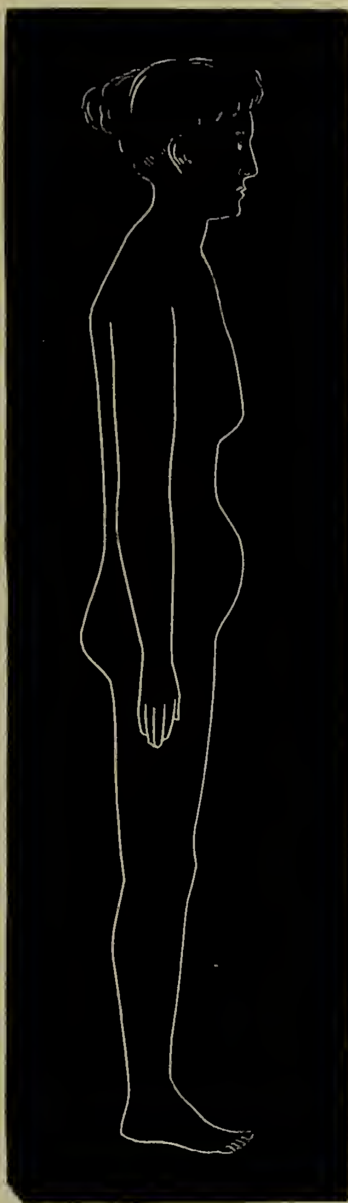


Fig. 2. Effects of corset and tight bands, on an American woman of same age.

PLATE I.



FIG. 1. Reformed corset wearer.

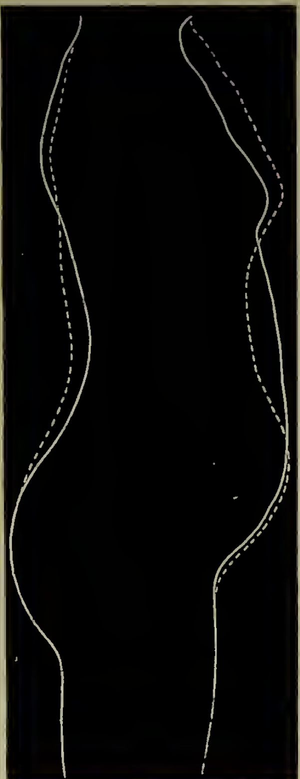


FIG. 2. The same with corset.

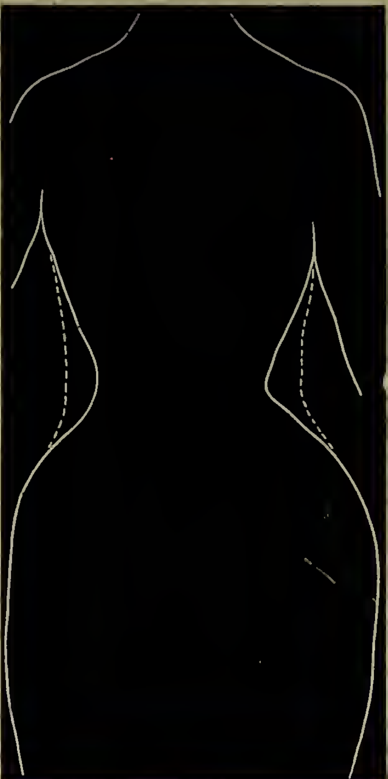


FIG. 3. Young woman whose "clothes were never tight."

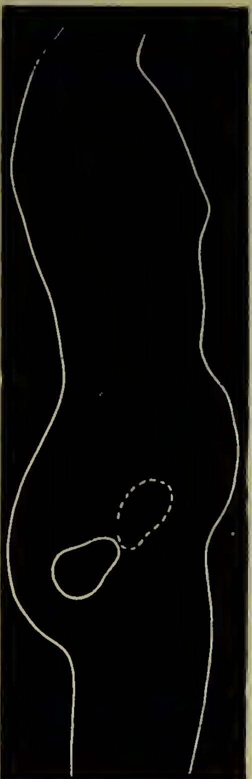


FIG. 4. Side view of the same.

PLATE II.



Fig. 1. Effects of a "Health Corset."

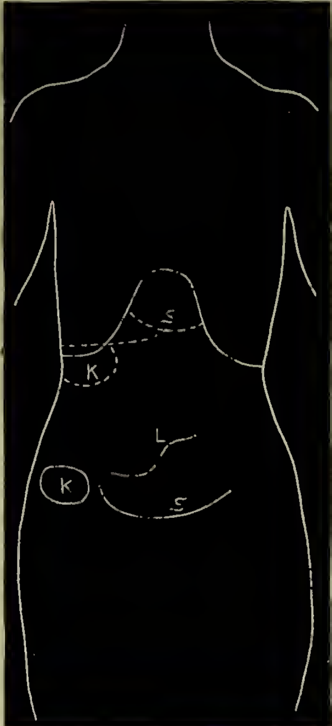


Fig. 2. Front view of the same.



Fig. 3. Displaced spleen from corset wearing.

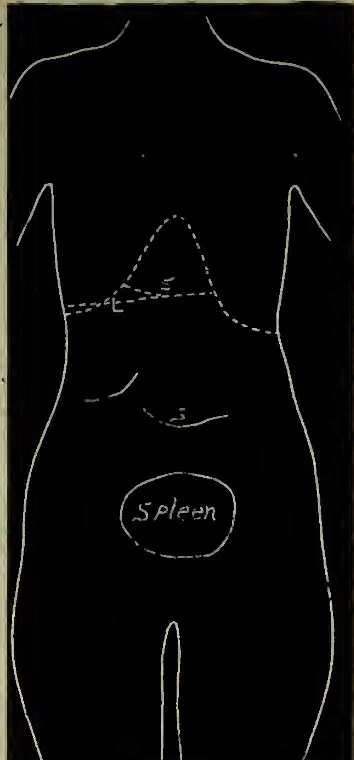


Fig. 4. Front view of the same.

PLATE III.



Fig. 1. Effect of tight bands and heavy skirts.



Fig. 2. Front view of the same.

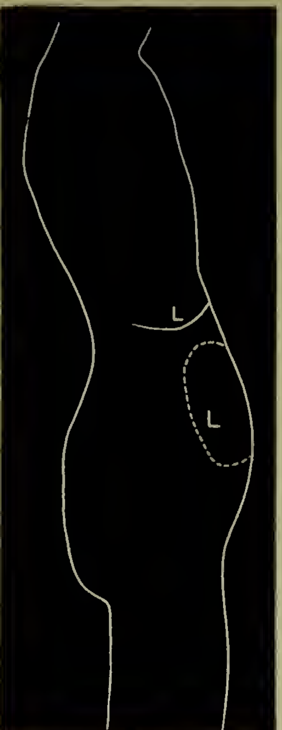


Fig. 3. Effects of corset-wearing and tight bands.



Fig. 4. Man who had worn a belt.

PLATE IV.

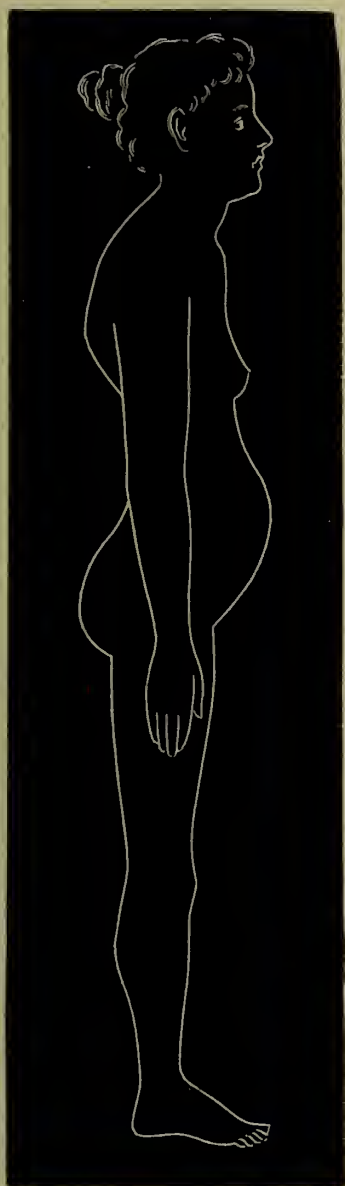


FIG. 1. Effects of corset and tight lacing.

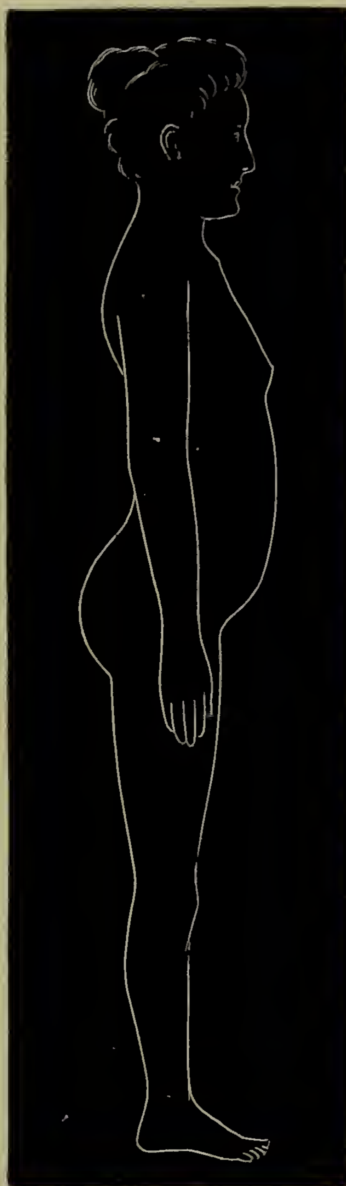


FIG. 2. The same person after training.

PLATE V.

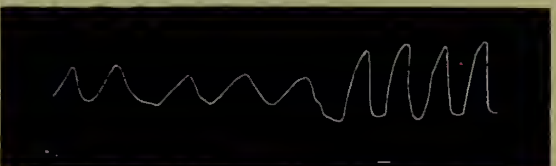


FIG. 1. Respiratory tracing (vaginal).

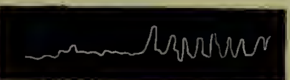


FIG. 2. Vaginal tracing, with corset.

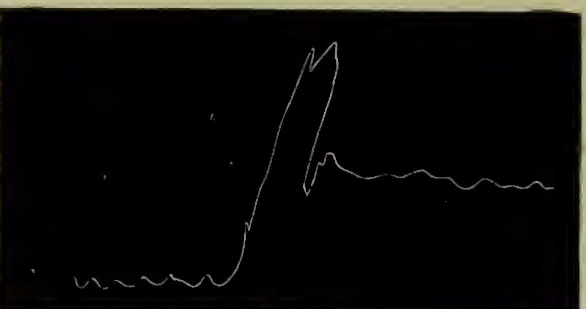


FIG. 3. With and without corset.

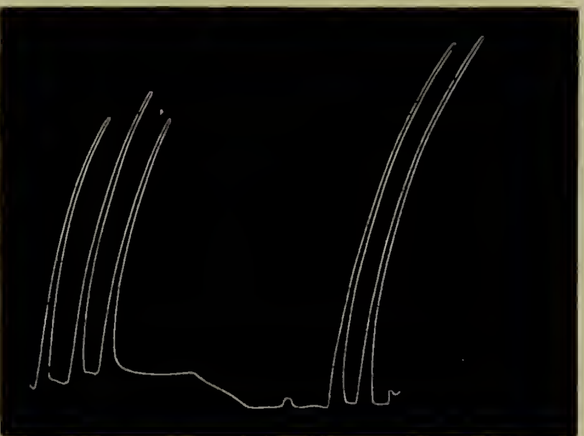


FIG. 4. Coughing (vaginal tracing).

PLATE VI.

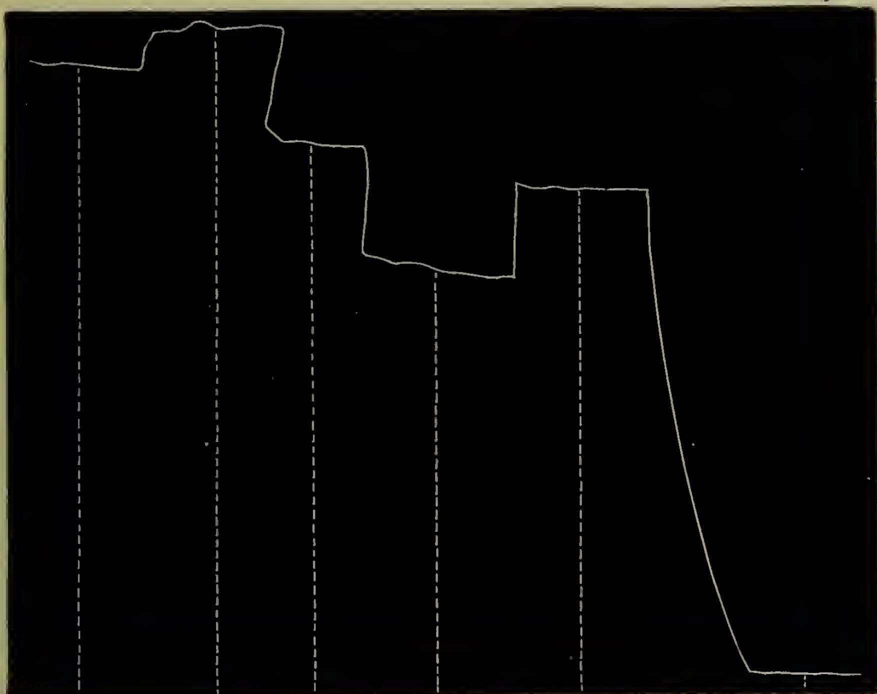


FIG. 1. Influence of position on intra-pelvic pressure.

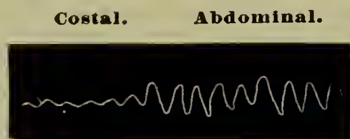


FIG. 3 Woman, a week before confinement

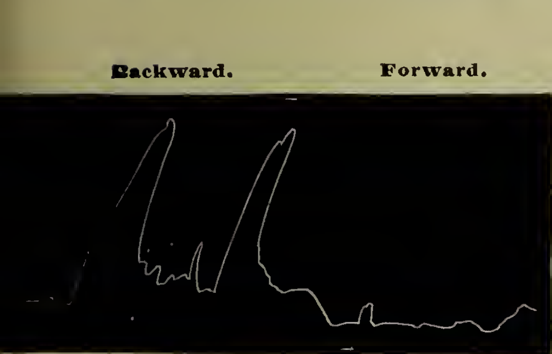


FIG. 2. Influence of bodily movements upon intra-pelvic pressure.

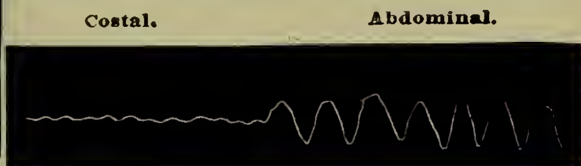


FIG. 4. Man with enlarged spleen.

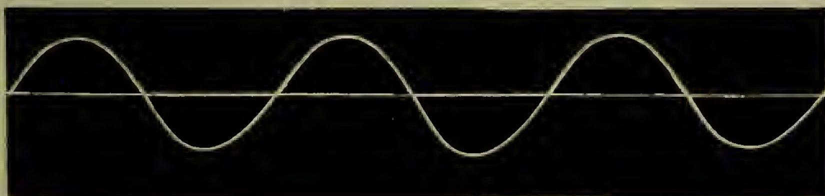


FIG. 5.

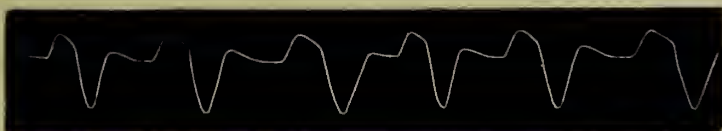


FIG. 6.

PLATE VII.

SUR LA REPRODUCTION DE LA MUQUEUSE DE L'UTÉRUS. ÉTUDE EXPÉRIMENTALE ET CLINIQUE

par M. **L. M. Bossi** (Gênes).

Le but de cette communication est de vous faire connaître les résultats d'une étude expérimentale et clinique que j'ai faite sur la reproduction de la muqueuse utérine, et sur le mode d'évolution du processus réparateur, après sa destruction par le raclage et par le caustique.

J'ai entrepris d'autant plus volontiers cette étude de la reproduction totale de la muqueuse utérine, que personne, jusqu'à ce jour, n'a tenté ce genre d'expériences: le seul qui ait fait quelque expérience qui puisse avoir quelque relation avec cet argument, c'est Duvelius, mais dans son mémoire publié en 1884, il n'apporte aucune contribution a l'étude du *processus* total de la reproduction de la muqueuse utérine.

Il a seulement trouvé dans *deux cas*, dans lesquels M. Martin extirpa la matrice pour métrorragies incoercibles, deux et quatre mois après le raclage de la muqueuse, que la muqueuse utérine s'était reproduite *(malade)*.

Parmi les animaux qui peuvent servir à des expériences, j'ai choisi la chienne de préférence; j'en ai opéré cinquante, dont trente-neuf par le raclage, soit indirect (par la voie naturelle), soit direct (après la laparotomie), et onze par l'introduction de pâte de canquoin dans la cavité utérine et les trompes. En autopsiant après une période de temps varié ces animaux, j'ai pu faire de nombreux examens hystologiques.

Je puis compléter ces expériences par ma statistique personnelle des effets obtenus par le raclage sur la femme. Ce sont trois cent soixante opérées, que j'ai pu étudier cliniquement.

Voici les conclusions.

A. — *Processus de reproduction après le raclage de la muqueuse utérine.*

1° La muqueuse du corps de la matrice de la chienne, enlevée en grande partie et dans toute son épaisseur, se reconstitue complètement, en même temps que s'effectue la production de véritables glandes ;

2° La reproduction se fait plutôt lentement, et, quelquefois, sous l'influence de circonstances qu'on ne peut pas bien déterminer, elle subit des retards considérables ;

3° L'épithélium de revêtement qui tapisse primitivement la solution de continuité dérive de l'épithélium des glandes des bords de cette même solution de continuité, auxquelles le bistouri a plus ou moins touché ;

4° Enfin les glandes reproduites dérivent de la prolifération de quelques cellules du nouvel épithélium de revêtement depuis que celui-ci a pris la forme de l'épithélium cylindrique ;

5° D'après l'expérience de nombreux gynécologues on peut affirmer que la reproduction de la muqueuse utérine, après le raclage de la cavité utérine, est rapide et totale.

Pour ma part, je possède cinquante-deux cas dans lesquels j'ai pu constater la reproduction totale après une période de temps de deux à cinq mois, suivie de grossesse.

B. — *Action de la pâte de canquoin et processus réparateur consécutif.*

1° Par l'emploi du caustique de canquoin pour détruire la muqueuse utérine, il y a toujours un grand retard dans la reproduction ;

2° L'examen microscopique a démontré l'existence d'une forte inflammation de la muqueuse provoquée par le caustique, qui souvent, au lieu de détruire complètement la muqueuse, l'altère profondément dans son appareil glandulaire, ce qui doit faire craindre qu'une *restitutio ad intégrum* de la muqueuse, est impossible ou du moins bien difficile.

DU TRAITEMENT DES SALPINGITES PAR LA DILATATION, LE CURETTAGE ET LE DRAINAGE

par MM. **Labadie-Lagrave** et **Basset** (Paris).

L'abus flagrant des interventions opératoires en gynécologie, surtout dans le traitement des salpingo-ovarites, devait fatalement amener une réaction, un retour à des méthodes simples et plus

conservatrices. Cette réaction commence à se dessiner avec les articles de MM. Doléris et Le Dentu, insérés dans la *Médecine moderne*, et avec la thèse de M. Pichevin, sur les abus de la castration.

Rappelant l'attention sur une méthode déjà préconisée en 1887 par Walton, puis par Poullet, ces auteurs ont montré le parti qu'on pouvait tirer de la dilatation et du drainage de l'utérus pour la cure de certaines salpingites. Un article de M. Bonnaire, dans la *Semaine médicale* du 31 août dernier, nous fait voir que cette opération est entrée franchement dans la pratique courante des gynécologistes.

Nous avons appliqué cette méthode pendant trois ans dans notre service, alors que déjà en 1890, dans un article de la *Médecine moderne* (3 avril), nous avions montré la valeur du drainage utérin. Les résultats obtenus ont été excellents dans la majorité des cas. Pendant cette période, nous ne pratiquions que la dilatation et le drainage seuls, sauf chez les malades qui présentaient avec la salpingite des métrites hémorragiques ou des endométrites purulentes. Dans ces derniers cas, nous faisions précéder le drainage d'un curettage complet de la cavité utérine. Nous n'avons pas tardé à remarquer des récidives fréquentes chez les femmes qui n'avaient pas été curettées, tandis qu'elles étaient extrêmement rares chez celles qui l'avaient été. En conséquence, depuis le commencement de cette année, modifiant notre manière d'opérer, nous avons toujours pratiqué un curettage complet, chez les femmes atteintes de salpingo-ovarites, et malgré l'absence de métrite importante. Nous avons obtenu ainsi un certain nombre de succès durables dont nous désirons vous rendre compte.

Avant d'entrer dans de plus amples détails, nous croyons utile de décrire rapidement notre manière de faire.

La malade atteinte de salpingite, après sa réception dans le service, est mise tout d'abord au repos le plus complet et soigneusement désinfectée au moyen d'injections vaginales très chaudes, faites avec une solution de sublimé à 1/1000. Chaque jour on fait un pansement intra-utérin avec le crayon iodoformé. Ces soins préliminaires sont continués pendant un temps qui varie de cinq à dix jours suivant les cas.

Au bout de ce temps, on procède à la dilatation lente par l'introduction d'une ou de deux tiges de laminaire d'un volume graduellement croissant. Ces tiges sont conservées dans une solution d'éther iodoformé saturée à laquelle on ajoute 4 grammes pour 100 grammes de chlorhydrate de cocaïne.

La laminaire est maintenue en place par un tampon de gaze iodoformée.

Chez les multipares, une seule est suffisante pour obtenir au bout de dix à douze heures une dilatation, permettant l'introduction de l'index. Chez les nullipares ou les primipares il en faut deux ou trois de calibre graduellement croissant.

La dilatation maxima de chaque tige s'obtenant en dix heures environ, le mieux est de les renouveler matin et soir, si l'on peut, de façon à abréger la durée totale de la dilatation. Cette dernière produit, en effet, toujours quelques douleurs, mais celles-ci cèdent facilement et rapidement à l'administration d'un lavement contenant douze gouttes de laudanum, ou à l'injection hypodermique d'un centigramme de chlorhydrate de morphine.

Après avoir enlevé chaque laminaire, on fait une injection intra-utérine, suivie d'un léger badigeonnage de la cavité au chlorure de zinc, au 1/10. L'excès de caustique est enlevé au moyen d'une injection intra-utérine.

Lorsqu'on a obtenu une dilatation suffisante, on procède au curettage complet de l'endomètre.

Cette opération est faite après abaissement préalable de l'utérus au moyen de la pince tire-balle. On emploie les diverses curettes tranchantes, et on a soin de ne laisser aucun point, surtout au niveau des cornes utérines, qui ne soit complètement curé. Nous ne quittons la cavité utérine que lorsque nous entendons distinctement et partout le cri du muscle utérin.

Le curettage est suivi d'une injection intra-utérine très chaude, 45°, et d'une cautérisation avec la solution de chlorure de zinc, au 1/10. Un nouveau lavage est fait ensuite pour enlever l'excès du caustique et on procède à l'introduction du drain.

Ce dernier est une simple lanière de gaze iodoformée de 5 à 6 centimètres de largeur et de 80 centimètres de longueur, enduite de glycérine créosotée à 1/3 ou simplement de glycérine iodoformée.

La pince tire-balle étant laissée en place, on coiffe l'extrémité d'un hystéromètre avec la gaze formant quatre épaisseurs pour qu'elle ne soit pas perforée, et on introduit la pointe de l'instrument dans l'utérus. Il est nécessaire de faire progresser la gaze doucement et sans secousses, comme dans un cathétérisme, en suivant la direction connue du canal utérin.

Une fois arrivé au fond, on retire doucement l'instrument de 2 ou 3 centimètres, en lui imprimant un léger mouvement de reptation, puis on achève de bourrer l'utérus de gaze iodoformée « comme on plombe une dent ».

On voit rarement se produire pendant cette opération un léger

écoulement de sang en réalité négligeable. Le vagin est alors rempli de gaze iodoformée maintenue par un tampon d'ouate.

L'application du drain peut causer dans les premières heures quelques douleurs qui sont facilement calmées par les lavements laudanisés ou les injections hypodermiques de morphine. Dans la majorité de nos cas les malades n'ont pas souffert.

Dans une seule de nos observations, et chez une autre malade récemm nt curettée et encore dans le service, nous avons vu des douleurs assez fortes et une élévation de température de 38° pendant deux ou trois jours. Tous ces phénomènes ont disparu rapidement, et notre opérée est aujourd'hui à peu près guérie.

Le drainage est renouvelé tous les jours dans les premiers temps, et tous les deux jours ensuite. Ordinairement au bout de cinq à huit jours le canal cervical s'est retréci au point de rendre l'introduction de la gaze difficile, et d'empêcher l'écoulement des liquides. Dans ce cas, nous faisons une nouvelle dilatation avec les soins indiqués plus haut, et nous continuons ensuite le drainage jusqu'à l'apparition des règles. Notre pratique nous a montré qu'il était très important de maintenir la dilatation pendant au moins trois semaines. Il ne faut cesser le drainage que lorsque l'écoulement a disparu ou qu'il est devenu clair et transparent. Si donc après les règles on voit encore s'écouler du pus, on doit faire une nouvelle dilatation. La plupart du temps ce complément de traitement n'est pas nécessaire, car voici comment se passent les choses dans la majorité des cas.

Lorsqu'on retire les premiers drains, on voit sortir de l'utérus des flots de pus, en même temps qu'on constate la diminution et le ramollissement progressif de la tumeur salpingienne.

Il nous est arrivé, dans plusieurs cas, d'assister à un phénomène intéressant :

Après avoir lavé la cavité utérine, nous pressions avec le doigt sur le pyo-salpinx, nous assistions alors à la sortie, par le museau de tanche, d'une certaine quantité de pus séreux qui ne pouvait provenir que de la trompe. Ce résultat s'obtient même lorsqu'on presse sur les culs-de-sac avec le bec du spéculum. On provoque ainsi artificiellement le phénomène que la nature produit quelquefois spontanément et que nous avons appelé les *vomiques salpingées*.

Dans nos dix-huit cas, sauf dans les deux observations où nous avons noté une fièvre de deux ou trois jours, les suites opératoires ont été des plus simples.

Diminution progressive de la tumeur salpingienne, diminution corrélative de l'écoulement qui change rapidement de caractères, et

de purulent devient séreux, puis clair et limpide. Les douleurs spontanées et à la pression disparaissent rapidement.

Ces résultats sont obtenus dans un espace de temps qui varie de trois à six semaines. Lorsque les femmes sortent du service, chez les unes la tumeur a complètement disparu, le cul-de-sac a repris sa souplesse, et l'écoulement est inappréciable ; chez les autres, on trouve encore la trompe sous forme d'un cordon dur, mais non douloureux, l'écoulement a cessé. Nous supposons que dans ces cas, il s'est produit une sclérose des parois salpingiennes permanentes et irréductible.

Chez une de nos femmes atteinte d'une volumineuse salpingo-ovarite, on trouve encore après six mois, dans le cul-de-sac postérieur, une masse du volume d'une noix, formée par la trompe et l'ovaire prolabés et indurés, mais cette tumeur n'est plus douloureuse. Toutes nos malades ont été revues après un temps qui varie de deux à six mois, chez toutes la guérison et l'amélioration ont persisté. Chez toutes également, l'état général, sérieusement compromis avant l'opération, est excellent, l'appétit est revenu, les digestions sont faciles, plus de maux de tête, d'estomac, toutes peuvent se livrer à leurs occupations habituelles.

Tel est le mode de traitement que nous employons depuis bientôt quatre ans contre les salpingites subaiguës, il est bien entendu, en effet, que nous laissons complètement de côté les inflammations de la trompe accompagnées de phénomènes aigus fébriles, *de réaction péritonéale* : celles-là sont exclusivement justiciables de l'intervention chirurgicale.

Si nous examinons maintenant les résultats obtenus et les enseignements qu'ils comportent, nous avons des distinctions à faire, car, suivant que certaines conditions se trouvent ou non réalisées, le curettage et le drainage donnent des résultats plus ou moins satisfaisants.

Ces conditions tiennent à la fois à l'état de l'utérus et à celui de la trompe. Du côté de l'utérus, deux circonstances influent sur le résultat, sa dilatabilité et sa situation. Ces mêmes circonstances jouent d'ailleurs un très grand rôle dans le traitement des métrites.

Si l'utérus est facilement dilatable, on a beaucoup plus de chances de réussir que si on a affaire à un utérus étroit et très rétractile avec lequel la dilatation est plus douloureuse et plus difficile à maintenir. Aussi avons-nous, en général, obtenus des succès plus rapides et plus durables chez les multipares que chez les primipares ou nullipares.

Il est vrai de dire qu'avec le complément du curettage, même chez ces derniers, ces inconvénients ne paraissent pas se produire.

De même si l'utérus occupe sa situation normale, si son axe a sa courbure ordinaire, les conditions sont beaucoup plus favorables que s'il est dévié, incliné, en anté et surtout en rétroflexion.

Du côté de la trompe, trois conditions entrent en jeu : sa direction ; sa situation; la variété anatomique de la lésion.

Il est certain que l'on obtient de bien meilleurs résultats lorsqu'on a affaire à une trompe sensiblement rectilique et en situation normale, que lorsqu'il sagit d'un oviducte serpentin à flexuosités multiples, et prolabé dans le cul-de-sac postérieur. Dans ces derniers cas les résultats, quoique bons, sont moins complets et moins durables.

La nature de la lésion joue le rôle le plus important. Dans les lésions anciennes, ayant produit une véritable transformation scléreuse de la trompe, une pachysalpingite, on obtient seulement la disparition des douleurs, et une diminution sensible, mais non complète de la tumeur.

Dans les salpingites catarrhales ou purulentes récentes, où la trompe est restée mobile, libre d'adhérences, le traitement donne d'excellents résultats. Nous possédons la relation de volumineux pyo-salpinx, accolés aux bords de l'utérus, disparus rapidement à la suite du curettage suivi de drainage.

Certains auteurs, M. Pozzi, entre autres, ont contesté dans les cas de ce genre l'exactitude du diagnostic. Pour eux les prétendues collections tubaires, à rétrocession rapide après l'opération. ne seraient que des noyaux d'œdème inflammatoires, ou de lymphangite.

Qu'il en soit ainsi dans quelques cas, cela est fort admissible, mais il faut se garder de généraliser.

Lorsque la tumeur pelvienne est bien nettement limitée, mobile et franchement rénittente, et surtout lorsqu'on voit après le massage de la trompe s'écouler des flots de pus de l'utérus, en même temps que le pyo-salpinx s'affaisse, il est impossible de méconnaître une collection tubaire.

Un dernier point nous resterait à élucider. Par quel mécanisme agissent la dilatation et le curettage, pour permettre l'évacuation des trompes? Nous savons que la dilatation seule, malgré l'opinion contraire de M. Porak, peut amener ce résultat.

Les observations de M. Le Dentu, dans lesquelles on voit, après cette simple opération, se produire l'évacuation brusque d'hydro-salpinx, voire de pyo-salpinx en font foi. Nos observations personnelles

nombreuses tendent à prouver le même fait, et si nous n'avons jamais vu après la dilatation l'irruption brusque du pus, nous avons souvent produit l'évacuation par des pressions exercées sur la tumeur.

Pour M. Le Dentu, l'opération agit en ramollissant le tissu utérin et en faisant ainsi cesser la rigidité de l'orifice interne de l'oviducte.

M. Walton admet que la dilatation, en même temps qu'elle élargit cet orifice, produit la rupture de certaines fibres, d'où décongestion des ligaments larges et des ovaires et élongation des nerfs, d'où cessation des spasmes et des douleurs.

Pour nous l'utilité du curettage nous paraît démontrée, par nos observations et par ce fait qu'on se rend bien mieux maître ainsi de l'endométrite presque constante dans les cas de salpingites. Peut-être même cette opération produit-elle plus facilement la désobstruction de l'orifice interne des trompes.

Le drainage consécutif permet de maintenir pendant quelques temps la dilatation, en même temps qu'il agit sur la métrite comme antiseptique. Nous attribùons aussi un rôle important à la capillarité de la gaze iodoformée.

M. Bonnaire emploie de préférence, pour maintenir la dilatation, un tube en caoutchouc malléable, avec lequel on peut faire aussi l'antisepsie de la cavité utérine en pratiquant des injections. Nous n'avons pas l'expérience du procédé, mais il nous semble que l'action à distance sur les annexes et sur la nutrition interstitielle des parois utérines qu'il attribue au caoutchouc, peut être réclamée pour la gaze iodoformée, substance également élastique et surtout plus antiseptique.

En résumé la dilatation, suivie de curettage et drainage, nous a donné d'excellents résultats et si, dans quelques cas, on n'obtient pas la guérison intégrale, on arrive toujours à faire disparaître les douleurs, l'écoulement, la dysménorrhée, les troubles digestifs et nerveux, cortège habituel des salpingites. Quelques-unes des malades que nous avons traitées par cette méthode, malgré la guérison apparente, n'ont pas été suivies assez longtemps pour nous permettre de les considérer comme à l'abri de toute récidive. En revanche, nous avons revu un grand nombre de femmes qui avaient été curettées et drainées il y a deux ou trois ans et qui sont aujourd'hui dans un très bon état de santé et chez lesquelles la tumeur salpingienne ne s'est pas reproduite.

SUR LA DILATATION MÉCANIQUE DU COL DE L'UTÉRUS EN OBSTÉTRIQUE

par M. **L.-M. Bossi** (Gênes).

Avant tout permettez-moi une franche déclaration : ce n'est pas de l'instrument que j'ai l'honneur de vous présenter que je me préoccupe, mais de la question très grave de la dilatation mécanique du col de l'utérus en obstétrique, et de l'effet dinamique que l'on obtient quand l'action mécanique se trouve en jeu.

Je sais bien que de nombreux auteurs n'ont pas de sympathie pour la dilatation mécanique du col en obstétrique; c'est pour cela que je crois bon d'insister sur cet argument en apportant des nouveaux faits cliniques.

Busch, et après lui Gobert, Lamballe, Lebbond, Mendes, Osiander, Hyernaux ont proposé des dilatateurs mécaniques pour les cas obstétricaux, mais ils sont tombés immédiatement après leur naissance; avec les instruments on a mis de côté la méthode, ce que je me permets d'estimer irrationnel.

Il est arrivé à tout praticien s'occupant d'obstétrique de se trouver en présence de quelques cas graves, où la conservation de la vie de la mère et de l'enfant est uniquement sous la dépendance de la rapidité plus ou moins grande avec laquelle on provoque l'accouchement. C'est ce qui se produit, par exemple, dans les cas d'éclampsie albuminurique; la femme enceinte au sixième, septième ou huitième mois, devient albuminurique, et comme les symptômes ne sont pas bien manifestes, elle ne s'en préoccupe nullement. Mais des œdèmes ne tardent pas à faire leur apparition à la figure, sur les organes génitaux externes, aux extrémités inférieures, en même temps que se produisent des accès convulsifs très intenses. L'accoucheur est appelé et trouve la femme en proie à une forte dyspnée, avec pouls irrégulier, fréquent, filiforme.

Les accès se précipitant, le praticien essaie tous les moyens thérapeutiques que lui suggère son expérience, et ne tarde pas à s'apercevoir que ses efforts médicaux sont impuissants et que la situation de la mère s'aggrave aussi bien que celle du fœtus. C'est alors qu'il se décide à *vider* la cavité utérine. Mais la grossesse n'est pas à terme, le col a presque sa longueur normale, ou bien encore il s'agit d'une primipare, et pour toutes ces raisons les moyens employés actuellement pour provoquer artificiellement l'accouchement prématuré,

présentent une certaine lenteur. Le temps passe, malgré les tentatives répétées de l'opérateur pour pénétrer dans l'utérus et extraire rapidement le fœtus, et lorsque l'intervention est ou va être couronnée de succès, la patiente succombe et avec elle le produit de la conception.

Ce triste tableau se présente fréquemment au médecin qui exerce à la campagne, et, pourquoi ne pas l'avouer, dans les cliniques d'accouchement, en dépit des moyens thérapeutiques et médicaux mis en pratique, on assiste quelquefois à la mort de la mère et de l'enfant.

Ce qui advient dans les cas d'albuminurie et d'éclampsie, peut aussi arriver pour les femmes enceintes atteintes de cardiopathies, lorsque s'aggravent les symptômes cardiaques; pour les femmes atteintes d'affections de l'appareil respiratoire, ou de maladies infectieuses, lorsque les phénomènes généraux prennent rapidement une grande intensité; dans les cas de placenta *prævia* où la rupture précoce de l'amnios contre-indique formellement le tamponnement; et aussi pour l'accouchement forcé *in articulo mortis* ou *post-mortem* en substitution de la *Sectio cæsarea post-mortem*.

C'est en considération de ces faits cliniques, que j'ai pensé qu'il serait utile de doter la chirurgie obstétricale d'un moyen pratique pour provoquer l'accouchement dans un espace de temps très restreint, tel que une, deux, trois heures, et même moins d'une heure dans certains cas et selon les indications.

Il est inutile de démontrer que les moyens, aussi nombreux que variés, jusqu'ici employés ne satisfont nullement à cette indication.

Ce fut après de nombreuses tentatives, que je suis arrivé à imaginer le procédé, que j'ai décrit au Congrès international de médecine de Berlin, en 1890, procédé qui met en pratique un moyen mécanique et une action dynamique se rapprochant autant que possible de ce qui se passe physiologiquement.

Je fis avant tout construire ce dilatateur très solide, à trois branches susceptibles de s'écarter les unes des autres, de diverger pour provoquer une dilatation du col graduelle et uniforme.

La technique opératoire, d'après mon expérience personnelle, est la suivante :

La patiente est placée dans la position du spéculum, les cuisses écartées, et reposant, soit sur une table *ad hoc*, soit sur un lit résistant.

Pour introduire l'instrument, les branches sont préalablement rapprochées, c'est-à-dire que l'appareil est fermé; on l'enduit d'une

pommade antiseptique. On peut se servir des valves de Lincs pour pénétrer dans le vagin, ou simplement glisser délicatement jusqu'au col les branches de l'instrument, en se servant de deux doigts en contact et dont l'extrémité reconnaît le col.

Si les membranes sont intactes, ce qui est généralement le cas, il faut avoir soin de ne pas les percer, en pénétrant dans le canal cervical.

Les extrémités en baïonnette pénètrent en totalité ou seulement en partie dans la cavité du col, et le reste de l'instrument se trouve dans le vagin, ou en dehors des voies génitales.

L'écart maximum des extrémités libres est de 10 centimètres. Chaque tour de vis, c'est-à-dire chaque tour que l'on imprime à la poignée, correspond à une dilatation marquée sur la barre graduée en millimètres moins un ou deux centimètres, selon la résistance des tissus.

L'instrument étant introduit comme nous l'avons dit, on imprime à la poignée des rotations d'un troisième de tour, en procédant très doucement. Suivant la gravité plus ou moins grande du cas clinique et l'urgence de l'accouchement, on peut dilater le col plus ou moins rapidement.

Naturellement, quand on avance doucement, on se rapproche de la dilatation spontanée physiologique et on ne s'expose pas à blesser les tissus.

Quand l'opération doit être conduite rapidement, on peut laisser la patiente dans la position où on l'avait mise pour introduire l'instrument, c'est-à-dire couchée sur le dos, les cuisses écartées, et les jambes soutenues par deux aides, ou même les deux pieds reposant sur les genoux de l'opérateur.

Mais si la dilatation peut être conduite lentement, on place la patiente dans son lit, en laissant l'instrument entre les cuisses et en protégeant les parties génitales externes par du coton antiseptique.

La dilatation complète est obtenue à volonté au bout de vingt minutes au minimum ou bien d'une ou plusieurs heures, selon la nécessité; l'opérateur peut alors procéder à l'extraction de l'enfant, soit avec les mains, soit avec le forceps, ou, s'il convient, attendre l'expulsion spontanée.

Quand on emploie moins d'une demi-heure ou de vingt minutes, on s'expose alors à blesser les tissus du col.

Lorsque l'instrument se trouve en place et en action, il agit comme corps étranger, et détermine, ainsi que j'ai toujours pu m'en assurer,

des contractions qui, peu à peu, vont en augmentant de fréquence et d'intensité, et rendent ainsi moins artificielle la période de dilatation.

Telle est la double action de ce nouvel instrument; action *mécanique* à cause de la divergence que l'on imprime aux extrémités des branches au moyen de la vis; action *dynamique*, à cause de la permanence de l'instrument dans la cavité du col, jusqu'à ce que l'on ait obtenu une dilatation suffisante.

On peut donc à volonté régler son intervention, suivant les indications et, de plus, les branches étant au nombre de trois, on conçoit que l'on puisse obtenir une dilatation uniforme et circulaire, intéressant toute la longueur du canal. Je crois *que cette méthode peut être aussi très utile* dans les cas de provocation artificielle de l'accouchement prématuré à domicile, où les autres moyens, trop longs dans leur action, peuvent être dangereux.

Voici maintenant le résumé des expériences cliniques :

Au Congrès de Berlin j'ai présenté deux cas, aujourd'hui il y en a quarante-neuf, opérés par les docteurs De Marini, De Paoli, Ferri, Carovazsi, Morini Ghezzi, Malaspina, Sanpryorio, De Barbieri et par moi.

Des trente-huit cas, par nous opérés, les indications furent :

Éclampsie albuminurique;

Pneumonie grave;

Procidence du cordon;

Vomissements incoercibles;

Fœtus mort et, dans la cavité utérine, graves dangers d'infection;

Graves accès de dyspnée;

Laryngite tuberculeuse;

Sténose complète de l'orifice interne du col chez primipares;

Sténose cicatricielle incomplète de l'orifice interne chez primipare;

Cas de mère *in articulo mortis* (enfant sauvé).

Et les résultats : toutes les mères, excepté la dernière, furent sauvées.

Par rapport au produit de conception : six étaient prémorts et putréfiés, quatre abortifs, deux morts pendant l'opération et vingt-six sauvés.

Le temps employé pour obtenir une dilatation suffisante fut d'un minimum de dix-huit minutes à un maximum de trois heures.

Les lésions ou déchirures du col ne sont pas plus fréquentes et

plus graves que celles qu'on observe dans l'accouchement spontanée, ou dans les extractions avec le forceps.

Jusqu'à présent, je puis donc conclure que la *dilatation mécanique du col* en obstétrique mérite d'être de nouveau étudiée et appliquée ; que la méthode que j'ai décrite peut rendre de réels services dans la pratique obstétricale, laissant l'opérateur maître *du facteur temps* qui, dans les cas dystociques, joue presque toujours le principal rôle.

ECTOPIC GESTATION

By **Donnel-Hughes** (Philadelphie).

In discussing the subject of ectopic gestation it is advisable te begin by directing one attention to the locations at which fecundation is supposed to take place. They are three sites at which it is supposed to occur, viz : The fallopian tubes, the ovaries and in the peritoneal cavity. There are several varieties of the three species first alluded to. The tubo-ovarian is that variety in which the germ is arrested in the pavilion (the tube adhering to the ovary).

The tubo abdominal, in which the germ is arrested in the same place as tubo-ovarian, but instead of the tube being adherent to the ovary it is adherent to any of the neighboring viscera. The tubo-proper is that form in which the germ is arrested in any part of the oviduct, between the pavilion and that portion of the fallopian which is surrounded by the uterine walls.

The tubo-uterine or interstitial variety is that from of gestation in which the ovum is arrested in that part of the tube that is surounded by the uterine walls.

Abdominal pregnancy is usually divided into primary and secondary varieties. In primary abdominal pregnancy the germ is arrested in the peritoneal cavity. In secondary abdominal pregnancy the germ is arrested in the fallopian tube or ovary, and the cyst ruptures and allows the ovum to escape into the abdominal cavity, where it continues to live and develope.

Ovarian pregnancy is that form of gestation in which the ovum is developed in the ovary. By far the most frequent variety is tubal pregnancy, and the most common causes of this variety are supposed to be inflammation of the mucus membrane that lines the fallopian tubes and destroys its ciliated epithelium, thereby leaving a denuded surface for the fecundated egg to adhere to ; flexions of the tubes, which prevents the ovum from entering the uterus; hernial pouches perduced by dilatation of the oviduct. When the impregnated ovum is arrested and remains for any length of time in the tube, the mucus membrane becomes hypertrophied, surrounds the egg, forms a decidua, and a plascenta is developed, very similar to that which is found in normal pregnancy. When the product of conception is situated in the free part of the tube, rupture almost invariably takes place before the thirteenth week, and

sometimes as early as the fourth or fifth week; when it does occur, it is either into the peritoneal cavity or between the foeds of the broad ligaments. When rupture takes place into the peritoneal, death is almost certain within a few hours, unless the abdomen is promptly opened, the bleeding vessels secured, and all foreign substances removed. When rupture takes place into the cavity of the broad ligament, the prognosis is not so grave, as the product of conception may be disposed of in several ways, viz: it may remain between the foeds of the broad ligament, go to full term, and be removed when viable as a living child, or it may be absorbed or it may die and suppurate, and be discharged into the vagina, rectum, bladder or through the abdominal walls, or it may lie quiescent as a lithopoedion or it may become intra peritoneal through secondary rupture. Tubo-uterine or interstitial pregnancy is of rare occurrence, rupture usually takes place before the fifth month, and when it does occure it is into the peritoneal cavity. Ovarian pregnancy has existed, but is extremly rare. A few cases have been recorded.

The earliest of which I can find any record is that of M. de St-Maurice in the year 1682. Marinus has reputed three specimens which are in the pathological museum of Wurzburg, which he has examined and believed them to be impregnated ovaries. J. G. Porter reputed a case of ovarian gestation in the year 1853. The autopsy showed the ovary to be enlarged and containing a gravid sac, the fallopian tube on the same side being free from adhesions. Kammerer shewed a specimen of ovarian pregnancy to the pathological society of New York in the year 1865. Spiegelberg also records a case of pregnancy in the right ovary. After carefully reviewing the literature of the subject of abdominal gestation, I have arrived at the conclusion that primary abdominal pregnancy has not been proved by any well authenticated cases to have existed, nor does it seem possible for a fecundated ovum to remain for a long enough time in any one position, to contract an adhesion that is sufficiently fine for its developement : and further if it dit so, its absorption or digestion would be very probable. I believe that abdominal gestations are secondary, fecundation taking place in the oviduct and escaping from thence through a rupture into the peritoneal cavity and then becoming adherent to any surface with which it comes in contact. The uterus in ectopic gestation is subject to a variety of changes, similar in many respects to those that occur when the product of conception is contained within its cavity. It always undergoes certain changes which prepare it for the reception of the ovum, its cavity is often lined with a decidua or I might say, always, because in many cases it is thrown of for in small sheeds and is passed unobserved, in other cases it is expelled en masse, often leading one to suppose that an abortion is in progress, the cervix very frequently contains a plug of thick mucus, similar to that found in normal pregnancy. The whole organ becomes more vascular, enlarged and softened or in other words prepared itself for parturition. The impregnated germ, from the beginning to the end of its growth is not abdominal in any way, except in its location. A portion of the fœtus may be in the uterus while the remainder is in the abdominal cavity, as in the case reported by M. Mondat, (1) in which the head was in the uterus, while the

(1) *Archives générales de Médecine*, tome 11, 2e série, p. 67.

trunk occupied the fallopian tube. Bell, (1) variates a case that was verified by post mortem, in which the fœtus was in the uterus and a portion of the plascenta was in the fallopian tube. On the other hand, the plascenta may occupy its normal position, and the fœtus contained with in the tube or peritoneal cavity, as was shown by Mey (2) Rutna (3) and Hofmeister (4) in separate autopsies where the child was found free in the abdomen the cord extending through the tube to the interior of the uterus, where the plascenta was attached.

A number of cases have been recorded in which fœtuses have been found in hernial sacs. Gouley, Geuth, Muller and others have reputed such cases, the greater number of which were found in inguinal hernias. I win conception is another variety of ectopic gestation it is a very uncommun coincidence to find both children in the same locality, one is generally uterine, while the other is extra-uterine. Normal pregnancy may take place while extra uterine pregnancy already exists, and gestation advance to full term and labor take place without any unusual occurrence, provided that the pelvic outlet is not obstructed by the extra-uterine fœtus. Gudar reported a case in which a women gave birth to five living children while carrying one that had become encysted.

The positive diagnosis of ectopic gestation in the early stages is almost impossible in many cases. There are no regular symptoms that occur during the first few weeks, that are not frequently found in normal gestation. If from any cause one is led to believe or even to suspect, that anything is unusual, a physical examination should be made. The size of the womb should be compared with the size that it should be, at the supposed period of pregnancy. A careful search should be made in the neighborhood of the fallopian tubes, fundus of the womb and ovaries, if an enlargement is discovered so much is gained. The question then arises, to what is that tumor due. Is it a pyo-salpynx, a hœmato-salpynx, a hydro-salpynx, a sub peritoneal fibroid, a cystic ovary or an extra uterine pregnancy? These questions will have to be decided by an inquiry into the previous history of the case, and by carefully comparing the symptoms of the disease which it might resemble, with the symptoms of pregnancy. The size of the tumor should be compared with the size that the fœtal sac should be at the supposed time of gestation. Smolsky states that in tubal pregnancy the sac, in the first month, reaches the size of a pigeons egg: in the beginning of the second, the size of a walnut midway between the second and third, that if a hens egg, in the third month that of a fist, in the fourth month that of two fists. If the following symptoms are present, I think that one is justified in making the diagnosis of extra uterine pregnancy. 1. A previous history of sterility, or if a long period has elapsed since the birth of the lost child. 2. Amenorrhea followed in six or seven weeks by irregular hemorrages. 3. A tumor in either fallopian tube. 4. Slight enlargement of the uterus, with softening of the cervix. 5. The presence of a decidua, the

(1) *London et Edinbourg*, méd. journal, nov. 1845, p. 817.

(2) *Méd. et Obst.*, journal, vol. VIII, 1796, p. 341.

(3) Cazeaux, *soc. anat.* p. 590.

(4) *Rusto magazine*, 1823, vol. XV. p. 126.

latter symptom is of great importance, a small portion of which, if present, can often be obtained by passing a pair of dressing into the womb, pressing them against its lining, then closing and withdrawing them. Great care and gentleness must be excercised in there introduction, and if the slightest obstruction should be encountered they must be immediately withdrawn. If in addition to the foregoing symptoms, there is a plug of thick mucus in the os uteri, increasing sickness, enlargement of the breasts, with alteration of the areola, one is justified in passing a sound cautiously into the womb, for the purpose of ascertaining the presence or absence of a fœtus. The diagnosis can not be positively made until after the fourth month, where the outlines of the child can be destinguished and the movements felt. Generally the first time we are called to the case, we find the patient complaining of an agonizing pain in the lower part of the abdomen, with symptoms of shock and interval hemorrage, which very clearly tells as that rupture has taken place. If death docs not follow, peritonitis either localized or general is sure to develope. If the women survives the attack, it is very likely to be repeated in a short time. When rupture take place within the foeds of the broad ligaments, the symptoms are not so severe or alarming, in fact, the pain in some instances has been so slight as not to have been observed by the patient herself. This form of rupture is very rarely if ever followed by peritonitis. If the fœtal sac ruptures, the fœtus dies; if it does not rupture, gestation continues until full term, unless it is interrupted by secondary rupture into the peritoneal cavity. If this accident should happen, the symptoms are the same that occur in primary rupture into the peritoneal cavity, except that there are much more severe, and death is certain to follow unless operated immediately. If the fœtus is carried to full term a spurious labor will set in, and if the women is not delivered, the child will certainly die. Il our knowledge of the differential diagnosis of the various forms of ectopic gestation was more exact, the treatment would be comparatively simple. If we could distinguish tubal from abdominal pregnancy in the earley stages, the former could be relieved by operation and the latter allowed the progress until viable. Many forms of treatment have been divised and practiced at different times. Among there may be mentioned, hypodermic injections of various narcotics and poisons into the fœtal sac, and even into the fœtus itself: syphilization of the mother with the hope of destroying the child : puncturing the sac through the vaginal as abdominal walls and draining off the liquor amnii: the passage of an electric current through the fœtus with the hope of killing it. It is needless to say that these and many other devices, to numerous to mention; are hazardous to the mother and in mány instances ineffectual in the destruction of the child. In my opinion the only sensible and rational treatment in extra-uterine pregnancy is laparotomy. The proper plan of treatment to be pursued in all cases of ectopic gestation, except those in which the fœtus is contained within the foeds of the broad ligaments, no matter at what period of gestation, is to open the abdomen and remove the tube that contains the fœtal sac. I will go still further, and say that in a case in which a tumor has be discovered in the tube, and we are led to suspect the existence of an extra uterine pregnancy, an explorating laparotomy should be performed, and if it is then found that the tube does not contain a fœtus, the tumor wathever it may be, can be removed. In much emphasis can not be laid upon the propriety of earley operation, for we

all know that the tube is sure to rupture, sooner or later, and in most cases, cause the death of the patient, if an immediate operation is not performed. When the fœtus is contained within the broad ligament, it should be allowed to remain there until it becomes viable, unless secondary rupture occurs, or it should die in the meanwhile. When rupture has taken place, the abdomen should be immediately opened, all foreign substances removed, and the bleeding vessels ligated. The peritoneal cavity should be thoroughly irrigated with warm water that has ben rendered asceptic by boiling, and a glass drainage tube placed in the lower angles of the wound when pregnancy is far advanced and the child is either viable or dead, its removal becomes necessary. This is best accumplished by abdominal section. The incision should be made directly over the fœtal sac, if possible, as by so doing, the fœtus can in many instances be removed without opening the peritoneal cavity. The child should be removed from the sac, and the cord cut as close as possible to the plascenta. If the plascenta be not firmly adherent, it should be removed. If the hemmorrage from the surface of the sac which contained the plascenta cannot be controlled with warm watter, a sponge wet with mousels solution should be applied to the bleeding surface. The sac should be packed with a strip of iodoform gauze, the end of which should be brought out at the lower angle of the wound, by the side of a glass drainage tube. After twenty four to thirty six hours the gauze should be removed, and the drainage tube allowed to remain until all discharges have ceased. If the plascenta is adherent, it should not be removed. After thoroughly clensing the interior of the sac and removing all loose membranes, the stitches should be so arranged that when there ave tightly drawn the sac will be all tight. If at any future time the plascenta should show evidences of suppuration, the wound should be reopened, the plascenta removed and the interiore of the sac thoroughly irrigated and drained. It is needless to say that in all these operations the strictest antiseptic precautions should be observed in there minutest details.

CONCLUSIONS REGARDING THE USE OF DRAINAGE TUBES AND LIGATURES AND THE POSSIBILITIES OF SKIN DISINFECTION BASED UPON BACTERIOLOGICAL INVESTIGATIONS

By **Hunter Robb** (Maryland).

The use of drainage tubes and ligatures. Although to the use of drainage we have to attribute great improvement in abdominal surgery, the tendency of late, owing to our better knowledge of wound-processes and the modes of wound infection, has been towards the abandonment of the practice.

Drainage of cavities by means of tubes has been employed since the days of Hippocrates and Galien. In the works of Hippocrates, the use of hollow pencils is mentioned for this purpose, and Galien speaks of leaden tubes in the

same connection. In 1731 Heister of Nuremberg (1), recommended *wick drainage* in large abdominal wounds until the discharge became perfectly healthy. Chassaignac of Paris, in his work «Traité pratique de la suppuration et du drainage» published in 1859, describes the principles underlying the system of drainage. It was he who introduced the rubber tube, and it is to him therefore that the credit of being the first to employ drainage is generally given. The tube used during the past quarter of a century is the glass one, and to Koeberlé of Strassburg belongs the honor of introducing drainage tubes of this material. The type devised by Koeberlé has been materially modified from its original form showing by the many improvements which have been made in it, the advances in abdominal surgery.

Probably one of the first to see the necessity for these changes was Keith of Edinburgh, to whom Koeberlé had given two of his tubes. Keith found that by employing larger tubes and by the removal of the closed bottom, he was enabled to obviate the tendency of the tube becoming choked up with clots of blood and lymph. He states that if he had employed the drainage tube earlier, his mortality in abdominal surgery would have been lessened by one-third. In 1876 his death rate at the Samaritan Hospital, London, was reduced to 10 %, a reduction which he attributed entirely to the use of the drainage tube.

In spite, however, of all this, the statement so frequently made that to the drainage tube alone or almost entirely, is due this decrease in the mortality in abdominal surgery, cannot be allowed to pass without criticism. No one, we think, will dispute the fact that the improvements made in the technique of operations must also be taken into consideration. The dangers which we now know to exist with open abdominal wounds were until recently but imperfectly appreciated. Now that the conditions underlying the infection of wounds are so much better understood, and it is becoming recognized that the drainage tube too often permits the entrance of pathogenic bacteria, we can understand why its general use in abdominal surgery has been abandoned by many operators.

There are, of course, circumstances even yet where the tube is indispensable, but we believe that the necessity for its use after abdominal operations will occur but rarely. Thus in cases of pelvic abscess where it is impossible to remove entirely the diseased structures, where for instance pus is free in the pelvic cavity or is contained in a sac which cannot be taken out, it may still be well to drain.

Again in rare instances bleeding may be so free that one fears to close the abdomen, and the tube might then be employed for a short time in order that we may be better able to watch the extent of the hemorrage, so that if the bleeding continue we can reopen the abdomen and endeavor anew to control the bleeding points. Such a procedure will offer an additional safeguard since the pulse cannot always be depended upon to give an exact index, to the amount of bleeding that is going on. We are of the opinion that where the technique has not been careless the necessity for the use of the tube even for this purpose will not often arise. A small amount of bleeding (oozing) is, as a

---

(1) Laurentius Heisters Surgery, Nuremberg 1731, Third German Edition, page 88, Chapter 7, Section 3.

rule of little consequence, and the peritoneum is able to absorb the fluid which is not a source of danger unless infected.

Three years ago we held the view that the drainage tube was of value in almost every case of abdominal section, but after a careful bacteriological analysis of over 100 cases and the discontinuance of the practice of drainage of any kind in more than 100 abdominal sections, we were led to agree with the conclusions so admirably formulated by Prof. Welch in an address delivered before the Clinical Society of Maryland in the fall of last year. (1) Speaking of wounds in general Dr Welch raises the following objections to the insertion of drainage tubes :

« First. They tend to remove bacteria which may get into a wound from the bactericidal influence of the tissues, and animal juices. Second. Bacteria may travel by continuous growth or in other ways down the sides of a drainage tube and so penetrate into a wound which they otherwise would not enter : We have repeatedly been able to demonstrate this mode of entrance into a wound of the white staphylococcus found so commonly in the epidermis. The danger of leaving any part of a drainage tube exposed to the air is too evident to require mention. Third. The changing of dressings necessitated by the presence of drainage tubes increases in proportion to its frequency the chances of accidental infection. Fourth. The drainage tube keeps asunder tissues which might otherwise immediately unite. Fifth. Its presence as a foreign body is an irritant and increases exudation. Sixth. The withdrawal of tubes left for any considerable time in wounds breaks up forming granulations, a circumstance which both prolongs the process of repair and opens the way for infection. Granulation tissue is an obstacle to the invasion of pathogenic bacteria from the surface as has been proven by experiment. Seventh. After removal of the tube there is left a track prone to suppurate and often slow in healing. » To these Prof. Halsted has added an eighth « That tissues which have been exposed to the drainage tube are suffering from an insult which more or less impairs their vitality and hence their ability to destroy or inhibit micro-organisms. »

If an abdominal wound becomes infected subsequent to an operation it is generally thought that this may arise from micro-organisms already present, it may be in a pelvic abscess or in the secretions in the uterine adnexa and we have heard it frequently stated by an operator that it was little wonder that the wound became infected when pus existed previous to the operation. Undoubtedly this mode of wound infection may occur, but it should be remembered that in a very large proportion of pyo-salpinx cases the pus is sterile, and if any organisms are present they are frequently dead ; this has been proved many times by examination of smear cover-glass preparations and the study of cultures made at the operation. If gonococci are present, there is no evidence that they are capable of infecting wounds. Unless bacteriological examinations are made of such secretions or pus accumulations, it is impossible to feel sure that an infection which has followed has come from within. In instances in which an examination has shown the presence of living organisms, and the case has terminated fatally with the same organisms present in the wound and

---

(1) Welch. Maryland *Medical Journal*, 1891.

peritoneum we can fairly assume that this was the way in which the infection occurred. No reliance can be placed on most of the statements made with regard to the finding of gonococci in the secretions if the demonstration is only a microscopical one, as in cover slip preparations ordinary staphylococci may be enclosed within leucocytes and may so closely resemble gonococci that the two are morphologically almost, if not quite, indistinguishable, and pus from a gonococcus infection even if allowed to escape into the pelvic cavity does not always set up inflammatory changes, although an occasional case of gonococcus peritonitis has been reported.

But cases of Ovariotomy and Hysterectomy which are free from pyogenic organisms prior to the operation frequently become infected, and such an infection when not due to the skin coccus, about which we shall speak later, must be looked upon as the direct result of some fault in the technique.

In Hysteromyomectomy one has always to think of the danger of infection by way of the cervical canal and vagina. Döderlein (1) in his recent work on the vaginal secretions, has shown that in 11 % of the women with pathological vaginal secretions, virulent streptococci were present.

In order to determine what part the drainage tube plays in the origin of infection in abdominal wounds after operation, we have undertaken a series of bacteriological examinations of the secretions which accumulate in the tube as well as those which saturate the gauze plug that is placed within it.

With the assistance of Dr *A. A.* Ghriskey, formerly Assistant Resident Gynæcologist to the John's Hopkins Hospital these experiments were carried out in the gynæcological wards of Prof. Kelly, to whom we are greatly indebted for the opportunities afforded. The bacteriological examinations were made in the Pathological Laboratory of the Johns Hopkins University and Hospital under the supervision of Prof. Welch.

In a series of cases where the drainage tube was employed we were able to demonstrate the impossibility of maintaining a perfectly aseptic condition, in spite of the most painstaking precautions. The unfavorable results from the use of the drainage tube are in many instances owing to the introduction of bacteria by the operator himself, in the act of dressing the tube, by his assistant, or by the nurse to whom the duty is delegated. Reasoning from our knowledge of the distribution of bacteria, it is too much to expect that a drainage tube could be placed and kept in an open cavity without in some way often becoming contaminated, especially if it be now and again exposed to the air. In making our experiments the following technique was observed:

After dressing the abdomen immediately after the operation, a piece of rubber was taken, a trifle thicker than the rubber dam used by dentists. This had previously been sterilized by being allowed to soak in a watery solution of bichloride of mercury (1 to 500) for three hours, and afterwards had been kept in sterilized salt solution. In the centre of the piece, which was large enough to cover the abdomen from flank to flank and from the symphysis pubis to just below the ribs, a slit was made through which the drainage tube was allowed to protrude; over the rubber was placed a piece

---

(1) Das Scheidensekret und Seine Bedeutung für das Puerperalfieber von Dr Albert Döderlein, Leipzig, 1892.

of cotton previously sterilized by steam and about the size of the closed fist, and over this the ends of the rubber dan were folded. In this way the possibility of the entrance of septic material from without was reduced to a minimum. The cotton was sufficient to absorb any fluid which might come through the tube by the capillary action of the sterilized gauze placed with in it. Over this dressing again was laid enough sterilized cotton to protect the abdomen and to allow the bandage to be neatly adjusted. We found that the most efficient material to drain the tube was ordinary cheese cloth, cut into strips about 2 cm., wide and 40 cm., long which had previously been rolled and placed in glass tubes and sterilized by steam. At the dressings, one of these strips was removed from its glass tube and carried to the bottom of the drainage tube, and if the strip of gauze were too long, the portion projecting above the top was cut off with sterilized scissors.

In the subsequent dressings after removing the gauze from the tube, we made use of small sterilized cotton pledgets rolled into balls just large enough to fit the calibre of the tube. These were carried to the bottom by Dr Kelly's sterilized tube-forceps, and by them any fluid that might have collected was soaked up. The pledgets were removed from the drainage tube forceps by sterilized dissecting forceps held in the other hand. In this way all fluids could be successfully removed, without the use of a syringe, an instrument which readily becomes contaminated. In handling these materials thin rubber gloves were worn which has been soaked previously for five minutes in a watery solution of the bichloride of mercury (1-500). They were put on just before the tube was dressed, and then washed off in sterilized salt solution. The instruments were sterilized by means of steam, and at no time did the fingers come in contact with the tube. No antiseptics were introduced into the tube.

At each dressing four rollor Esmarch agar cultures were made, and in addition two smear cover-slip proparations were made. Two agar-agar Esmarchs, and two 4 per cent glycerine agar-agar tubes were inoculated of each set, one from the fluid at the bottom of the gauze plug and one from what was obtained by scraping a platinum needle along the side of the plug. Two cultures were made also after introducing the platinum needle down into the pelvis to the bottom of the drainage tube. Two smear cover-slip preparations of the secretions from each place were also made at once. These were stained with methylene blue or gentian violet and a careful search made for bacteria.

The first series of cases that we examined convinced us that in but few instances are the secretions in the drainage tube free from organisms. The second series clearly demonstrated that our first observations were correct, and made clear the dangers of the drainage tube.

The total number of laparotomy cases observed was 45, and in no less than 31, or 69 % of the whole the presence of organisms was demonstrated while in only 14 were the results negative. The frequency of the occurrence of the different cocci was as follows :

1. The Staphylococcus Albus in . . . . 19 cases
2. The Staphylococcus Aureus in . . . . 5 cases
3. The Bacillus Coli Communis in . . . . . 6 cases
4. The Streptococcus Pyogenes in only . . . 3 cases

twice in combination with the albus and once alone. In three of the aureus cases the organism was present in the diseased focus before the operation, while in the other two, infection from outside could not be excluded.

Of the Streptococcus series the first was a case of ovarian abscess which was found at the time of operation to be full of streptococci, and it is quite possible that the remaining two cases which occurred soon after, were due to infection from this patient, though the mode of conveyance could not be traced. The clinical history of the cases belonging to the different series presents a striking contrast, for while in all the staphylococcus aureus and streptococcus cases there was suppuration and the patients were seriously ill, on the contrary in the white staphylococcus cases the condition was generally favorable and the healing of the wound was but little if at all delayed. The best result of all were obtained in those cases where this coccus occured in small numbers and not until 24 or 48 hours after the operation and after the first dressing. Even in the cases where it caused some trouble, this was never of any real moment. We are led to believe that in some cases where there was fever without suppuration the fever was due to an albus infection, and to the same agent may be imputed the stitch abscesses not infrequently met with, and in which we found this organism often in pure culture. Our observations point most certainly to the drainage tube as the vehicle of infection, for it must have been along the tube that this coccus which is found with great regularity in the epidermis traveled to the bottom of the wound, and wherever there was a purulent discharge it was always found in the tissues that had been in contact with the tube. While, however, in the majority of cases, the comparative innocuousness of the albus seems to have been proved, the findings in one case of fatal hysteromyomectomy show how under exceptional circumstances this usually innocent coccus may become virulent. At the autopsy the stump and the laparotomy wound were perfectly healthy, but there existed a volvulus of the ileum, and the peritoneum covering the twisted part of the gut, and at the same time adherent to the inner edge of the laparotomy wound was found to be the seat of a fresh fibrino-purulent peritonitis. There was no trace of gangrene or any marked hemorragic condition. In the inflamed peritoneum a pure culture of the staphylococcus albus was found and it was evident that the twist in the gut had interfered with the circulation and nutrition just enough to afford a favorable soil for the development of the coccus, which under these circumstances was virulent enough to produce a fatal issue.

Skin Disinfection. — Besides these experiments bearing on the drainage tube, Dr Ghriskey and myself, under Prof. Welchs supervision, made a series of bateriological examinations of scrapings from the skin. The cultures were taken from the hands and from the abdominal surface.

These experiments on the skin of the abdomen, were made in the following way The skin in the median line just below the umbilicus for a distance of 6 cm. x 6 cm. was first, cleansed with absolute alcool applied on sterilized absordent cotton, then a fold of skin being held firmly between the thumb and second finger of the left hand, the surface was scraped with a sterilized knife-blade. In most instances the scraping was deep enough to produce slight oozing and the deeper portions of the loosenced skin were immediately planted in nutreint agar-agar and gelatin tubes, three tubes of each being employed in

every case. The scrapings were taken from patients under anaesthesia just before an examination of the pelvic organs. A record was always made as to any peculiarities of the skin, especially if an eruption or any scars were present. In 19 out ot 25 cases examined in this way the results were positive, and the organisms were in most instances identical with those found in the secretions from the drainage tube.

By far the most constant organism seen was a white staphylococcus, which has been differentiated and named by Prof. Welch (1) the *Staphylococcus epidermidis Albus.* It is found almost constanly in the epidermis and as he remarks may be an attenuated form of the Staphylococcus Pyogenes Albus. This coccus is sometimes found in the graver forms of suppurative inflammation but in these cases is nearly always associated with some other poygenic organism, or has assumed the form of the typical staphylococcus pyogenes albus.

We also made use of Fürbringer's method of disinfection of te skin and found after precipitation of the mercury with an alkaline sulphide this same white staphylococcus, in the majority of the cases in the scrapings from the epidermis.

A series of 45 consecutive examinations was made of stitches removed during and after operations on the abdomen and perineum. The stitches were examined miscroscopically and by culture methods, as were also the fluids a long the line of the incision. The stitches were passed by means of disinfected needles and holders with the avoidance of every possibility of external contamination through the skin after it had been desinfected by a method to be described subsequently, and which yields negative results from scrapings from the surface of the skin. In these investigations we are able to demonstrate the presence of the skin coccus with great regularity, thus confirming our previous worck and showing that this organism is present in layers of the skin deeper than can be reached by existing methods of disinfection, so that we can understand how external wounds subjected to the most rigid antiseptic treatment may become infected from the skin of the patient. Culture tubes of nutrient agar or gelatin inoculated with scrapings from the skin after a thorough disinfection of its surface by the method to be described later, remained sterile.

At the time of operation a silk ligature, sterilized by steam and proven to be free from organisms by culture methods, was carried through the superficial layers of the disinfected skin, and in some instances through skin, muscle and peritoneum after the incision had been made through the abdominal walls. From these roll or plate cultures were immediately made as well as cover slip preparations and in nearly every case the white staphylococcus was demonstrable-often in considerable numbers.

By this ready method of making cultures of stitches directly from the deeper layers of the epidermis the presence of the white staphylococcus often in pure culture has been repeatedly demonstrated after complete superficial disinfection, in parts of the epidermis, too deeply situated to be acted upon by any existing methods of disinfection.

---

(1) Welch. Conditions Underlying the Infection of Wounds. Transactions of the Congress of American Physicians and Surgeons. Vol. II, 1891.

In the stitches removed after the operation similar results were obtained, the organisms being often enclosed in the leucocytes with polymorphous nuclei not only where a stitch abscess has formed, but where there was not a trace of suppuration or visible reaction about the seat of the stitch.

From a large number of observations, Dr. Welch concludes that this coccus may be regarded as a nearly if not quite constant inhabitant of the epidermis.

His reason for making a distinction between it and the staphylococcus pyogenes albus is based upon some cultural differences and the non-virulent character of the former, which possesses such feeble pyogenic powers, (as shown by its behavior in wounds as well as by inoculation experiments on rabbits) that the designation staphylococcus pyogenus albus would not seem to be quite appropriate.

The number of bacteria present depends upon several conditions. They are, however, always more abundant where the drainage tube is employed, for in these cases there is an increased amount of secretion both immediately around the tube and on the sutures nearest to it,especially where the tissues have been unduly constricted and their resistance to the growth of organisms has been thereby diminished.

The number of bacteria is also influenced by the form of suture material employed. Catgut sutures offer less resistance to bacterial invasion and furnish a soil more favorable for bacterial increase than wilk-worm gut, silk or silver-wire sutures. The knot of the catgut suture in skin wounds was found to be especially rich in organisms. Silk-worm gut is the most resistant and harmless suture material in our experience that as yet been used. Its surface smooth, compact and without interstices, does not afford a good nidus for bacterial development, and although we have found many bacteria on them, yet they were fewer in number than those on either silk or catgut. The amounth of secretion present on the silk-worm gut is at times very slight, rendering it an exceedingly difficult task to procure a sufficient quantity for a microscopical examination. If the silk-worm gut sutures are too dry for microscopical examination, one might be tempted to think that they were entirely free from bacteria. This,however, we have shown is not the case, for if bouillon cultures or slanting agar cultures are made of this dry ligature, we obtain luxuriant growths of organisms. Aga in silk-worm gut does not produce the same contriction as either silk or silver wire, but acts more like a splint to the tissues. In order to increase the resistance of catgut and silk sutures to bacterial invasion we have recently used them paraffined. This is done by drawing the sterilized suture through sterilized liquefied paraffine and allowing them to harden in absolute alcohol, but as to the results, we are unable as yet to make any definite statement..

We desire especially to emphasize the importance of ascertaining the kind of bacteria present in the wound or on the stitches. For example, in three instances the streptococcus pyogenes was found both on the sutures removed and in the secretions in the incision. Two of these cases occupied adjoining beds; well marked suppurative changes with systemic disturbances followed in each case. We immediately isolated them, thus as we believe, preventing the infection of other cases. In these patients the drainage tube was not used and this face in all probability, prevented a streptococcus peritonitis.

Altough we cannot give here a full report of this work which has already been published (1). we shall give a brief analysis of the cases.

The Staphylococcus pyogenes aureus and the staphylococcus epidermidis albus were associated on one or two stitches.	3 cases.
Staphylococcus pyogenes aureus on every suture associated with the albus	2 cases.
Staphylococcus Gilvus	1 cases.
Staphylococcus Gilvus and Albus	2 cases.
Streptococcus pyogenes with staphylococcus epidermidis albus. .	1 cases.
Streptococcus pyogenes.	3 cases.
Staphylococcus epidermidis albus in pure culture.	33 cases.
Total number of cases.	45 cases.

Six rabbits were inoculated with the staphylococcus epidermidis albus (skin coccus)from six different sources without positive results. The rabbits invariably looked and seemed ill, but they recovered. The dose varied from 5 tot 1. 5 cc. of bouillon-culture 24 hours old. One rabbit, indeed, died after two weeks, but no evidences of infection were found at the autopsy, and no growths occurred in the Esmarch tubes made from the organs.

From these observations we felt justified in drawing the following conclusions :

A wound of the skin at some stage of its existence nearly always contains bacteria. They occur both on the stitches and in the secretions.

The character and virulence of the organisms present will of course influence the process of healing.

The body temperature is invariably elevated if the bacteria are virulent; and, indeed, in cases where many of the less virulent organisms are found there is some fever.

Different suture materials offer different opportunities for bacterial development, and the catgut suture would seem to be the best adapted to their growth. In the event of the presence of the streptococcus pyogenes or staphylococcus pyogenes aureus such cases should be isolated as far possible, to prevent the infection of others.

Undue constriction of the tissues by ligatures must be avoided, if they are to be expected to resist bacterial invasion.

We have no absolutely sure method of rendering the field of operation entireley free from organisms, owing especially to the impossibility of destroying the bacteria in the deeper layers of the epidermis or in its glandular appendages. The staphylococcus epidermidis albus (skin coccus) is found in the skin with such regularity that this situation may, for all practical purposes be regarded as its natural habitat.

Our conclusions regarding the dangers of drainage tubes have already been stated and need not here be repeated.

Before bringing this paper to a close I beg leave to direct attention for a

(1) The Bacteria in wounds and skin. Stiiches, by Hunter Robb and A. A. Ghriskey. Johus Hopkins bull. nº 21, April 1892.

moment to the method of hand disinfection which we have found to be the best. Since the institution of bacteriological control as a test of the efficiency of surgical technique many methods before believed to be reliable have been proved to be faulty. Thus the germicidal effect of the solutions of corrosive sublimate has been shown to be under ordinary conditions less than was formerly supposed, that which was interpreted by former observers as evidence of destruction of bacteria being often only inhibition of growth. Geppert first drew attention to the fact that when after disinfection experiments the mercury is precipitated by ammonium sulphide, corrosive sublimate is a less efficient germicide than has been believed.

Fürbringer's method has in the course of our work been weighed in the balance and found to accomplish less than is claimed for it by its originator. Our best results. although not perfectly satisfactory, have been obtained by the following method :

1. The nails are kept short and clean.

2 The hands are washed thoroughly for ten minutes with soap and water, the water being as hot as can be comfortably borne, and being frequently changed. A brush, sterilized by steam, in used, and any excess of soap is washed off with water.

3. Te hands are immersed from one to two minutes in a warm saturated solution of permanganate of potash.

4. They are then placed in a warm saturated solution of oxalie acid, where they remain until complete decolorization of the permanganate occurs.

5. They are next washed off with sterilized salt solution, or water.

They are then immersed for two minutes in sublimate solution 1-5000.

The bacteriological examination of the skin thus treated even after the mercury has been percipitated yields almost uniformly negative results, the material for the cultures being taken from underneath and around the nails. This is the procedure now employed in the gynæcological and surgical wards of the Jhon's Hopkins Hospital.

Dr Halsted's method of using subcutaneous sutures based on the recognition of the impossibility of arriving at a complete disinfection of the skin of the patient, deminishes the liability to stitche hole infection, though even with this method we cannot be sure that the stitch will always be sterile.

In conclusion I may be permitted to say that observations of the character reported in this paper are calculated to impress us with the value of combining sound clinical experience with bacteriological experiments. Our surgical operations are in a sense bacteriological experiments. We may not transfer directly to clinical use the results of bacteriological work, but each serves as a control to the other. We can derive from bacteriological observations many useful suggestions and many new points of view. We can guard ourselves often from false deductions from clinical experience by putting these deductions to the test of bacteriological experiment where this method is applicable. The harmonious working together of bacteriologist, surgeon and clinician promises results of the greatest practical value.

NOTE SUR L'ACHONDROPLASIE

par M. **Porak** (Paris).

En 1890, j'ai publié dans les *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, un travail sur l'achondroplasie. Je désirerais insister sur certains points de ce mémoire insuffisamment développés et répondre à quelques objections qui m'ont été posées.

Tout d'abord l'achondroplasie existe bien en tant que maladie distincte.

Vinkler, qui l'avait désignée sous le nom de Rachitis micromélica, en faisait une des formes du rachitisme. C'est Parrot qui, en lui donnant une désignation spéciale, lui créa son autonomie. L'autorité considérable en cette matière de Kassowitz est venue appuyer l'opinion de notre compatriote.

L'achondroplasie se distingue, en effet, du rachitisme et des autres états qui lui ressemblent sous quelques rapports par son anatomie pathologique, par ses symptômes, par son évolution, par son étiologie.

1° Anatomiquement, on ne constate jamais aucun des vestiges, des lésions de ramollissement osseux du rachitisme. Je n'ai fait personnellement aucune recherche microscopique sur ce point, et je suis forcé de m'en rapporter aux idées de Parrot, confirmées d'ailleurs par quelques autres observateurs.

Pour lui, la lésion spéciale de l'achondroplasie porte sur le cartilage primordial d'ossification. Elle se caractérise dans la partie épiphysaire par un état lacunaire dû à l'augmentation en nombre et en volume des chondroplastes. Dans la zone ostéogène, les ostéoplastes ne se disposent pas linéairement, tandis que l'ossification est très active dans la couche sous-périostée. Ces lésions ont plusieurs conséquences remarquables : flexibilité du cartilage qui s'incline suivant l'action prépondérante des contractions musculaires, gêne de l'accroissement en longueur de l'os, augmentation de l'épaisseur surtout aux extrémités, rétrécissement des canaux de Havers, d'où aspect éburné. Elles ont un siège d'élection pour les os des membres et pour ceux de la voûte du crâne. D'où la micromélie, la diminution des diamètres de la base du crâne compensée par l'augmentation des diamètres de la voûte.

La dystrophie ne porte d'ailleurs pas seulement sur le système osseux ; elle porte encore sur la peau. Celle-ci est ordinairement épaisse et comme trop large pour le corps. Aussi forme-t-elle en particulier des plis au cou et aux jointures.

Les autres lésions : hydrocéphalie, spina bifida, vices de conformation divers, hydrammios, lésions de placenta provoquant l'accouchement prématuré, ne sont pas constantes. Je n'y insiste pas.

Par conséquent, aucune analogie avec les lésions du rachitisme.

On a cependant prétendu qu'elles étaient caractéristiques du rachitisme parvenu à la dernière période, à celle d'éburnation. Il faudrait pour cela admettre une évolution bien rapide de la maladie et que l'éburnation soit caractéristique des lésions de l'achondroplasiste qui n'est pas vrai. D'ailleurs Kassowitz a décrit minutieusement les lésions du rachitisme fœtal, qui sont très différentes des lésions précédemment indiquées. S'il existait une relation entre les deux maladies, cet auteur aurait trouvé tous les degrés qui conduisent de l'une à l'autre.

Enfin, le rachitisme parvenu à la dernière période conserve des stigmates des périodes antérieures, stigmates qu'on ne trouve pas dans l'achondroplasie ;

2° Symptomatiquement, l'essentialité de la maladie n'est pas moins évidente.

Lorsque les achondroplasiques ont échappé aux grands risques qu'ils courent au moment de leur naissance : accouchement prématuré et faiblesse congénitale consécutive, présentation vicieuse, procidence du cordon, vices de conformation graves, lésions du système nerveux, ils peuvent jouir, par la suite, d'une excellente santé. Faible est le nombre de ceux qui survivent. Mais si la maladie est peu accentuée, elle ne laisse pas après la naissance de conséquences sérieuses. Les sujets marchent de bonne heure, jouissent d'une force musculaire relativement considérable, leurs facultés intellectuelles paraissent intactes.

Ils ont enfin une allure tout à fait caractéristique. Ce sont des êtres petits, leur taille dépasse rarement $1^{m},20$ à $1^{m},25$. Les parties de leur corps présentent un défaut très frappant d'harmonie. Tandis que le tronc paraît de dimension normale, la tête a volume plutôt exagéré, leurs membres sont remarquablement petits : ce sont des micromèles. Les os des membres ne présentent pas d'incurvation, les mains et les pieds sont très courts et larges, d'apparence anormale, comme ramassés sur eux-mêmes. La main est quelquefois portée à pronation exagérée. Les articulations des membres sont

volumineuses, de dimensions peut-être plus prononcées qu'on ne l'observe dans le rachitisme.

Cette opposition entre le volume du tronc et de la tête et entre la brièveté des membres inférieurs détermine un changement dans la direction du centre de gravité et explique l'inclinaison exagérée du bassin et l'ensellure lombaire qui en est la conséquence.

Voici, messieurs, différentes figures qui apportent la démonstration des particularités que je viens d'énoncer.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

La micromélie qui existe habituellement au même degré sur les membres supérieurs et sur les membres inférieurs, est cependant susceptible de quelques variétés.

Vous voyez en particulier que sur la figure 3 les membres inférieurs sont raccourcis à un moindre degré que les membres supérieurs.

L'achondroplasie peut être confondue avec le nanisme et avec le rachitisme, où le développement des membres peut être modifié.

Les accoucheurs ont quelquefois rencontré des achondroplasiques et on trouve de temps à autre dans les recueils scientifiques des observations intitulées : nains rachitiques. Les détails sont ordinairement trop peu précis pour démontrer la nature de la maladie. Il n'est pas douteux que dans bon nombre de cas, il se soit agi d'achondroplasiques. Ainsi y voit-on souvent indiquée la briéveté excessive des membres.

Cependant le nanisme et le rachitisme sont des états bien distincts, qui ne se confondent pas avec la maladie dont nous établissons les caractères.

Les nains sont des individus arrêtés dans leur développement. La petitesse seule de la taille ne peut pas servir à les caractériser.

On trouve dans l'espèce humaine des familles d'individus petits de taille. Les récentes explorations dans l'Afrique centrale, ont permis de décrire des races entières qui étaient d'ailleurs déjà connues des anciens et dont on trouve même la description dans les travaux d'Aristote.

C'est par un abus de langage qu'on les appelle des nains.

Les vrais nains présentent dans leur squelette des caractères qui montrent que leur tissu osseux, insuffisamment développé, a conservé le type infantile. Les différentes parties de leur corps présentent une certaine harmonie. D'ailleurs leurs membres, en particulier les membres inférieurs, bien loin d'être raccourcis, sont plutôt un peu trop longs.

Les rachitiques se différencient d'une façon tout aussi nette des achondroplasiques que les nains. Il est possible, suivant l'opinion de Kassowitz, que le rachitisme tire le plus souvent son origine de la vie intra-utérine, mais c'est presque toujours après la première année de l'existence qu'il se manifeste par des symptômes, en particulier, par le retard de la marche.

Les achondroplasiques marchent de bonne heure et ne présentent à ce moment aucun trouble de leur santé.

Il existe une forme du rachitisme dans laquelle le squelette, arrêté dans son développement, reste petit, mais le point prédominant de sa symptomatologie est le ramollissement qui amène des incurvations caractéristiques et générales, qui ne peuvent être plus accusées aux membres inférieurs que par des raisons physiques.

Si on redressait par la pensée les incurvations osseuses, la taille des rachitiques qui en serait d'autant accrue, ne permettrait pas de les ranger parmi les nains, ni parmi les achondroplasiques.

Enfin, il existe chez les individus dont le développement peut être

considéré comme normal, de grandes différences dans le développement des diverses parties du corps. Certaines personnes possèdent les membres, ou seulement supérieurs, soit les inférieurs, trop petits relativement au développement du tronc. Cela imprime à leur aspect un cachet spécial. Mais ces individus se rattachent par des transitions insensibles à ceux dont la conformation du squelette possède la régularité de l'esthétique sculpturale. Ils forment avec eux une même famille qu'aucun intermédiaire ne lie à la famille elle-même si nettement définie qui constitue l'achondroplasie.

Ces deux apparences se trouvent chez les animaux. Sans revenir sur les différents points que j'ai indiqués, je ne veux retenir que ce qui concerne les chiens bassets.

On trouve dans l'espèce canine toutes les variétés de longueur des membres, tous les défauts d'harmonie entre le développement des membres et du tronc. Et cependant certaines anomalies de largeur des membres se rattachent d'une façon si spéciale à une race particulière qu'on ne se méprend pas sur la nature. Les bassets ne seront pas confondus avec d'autres chiens dont les membres sont cependant considérés comme courts relativement au tronc. La torsion des membres n'est pas caractéristique pour le basset, chez lequel on admet des variétés à membres peu tordus et même tout à fait droits.

Nous retrouvons donc dans l'espèce canine la reproduction de deux familles qui existent dans l'espèce humaine.

Quoique l'anatomie pathologique des lésions osseuses qui expliquent l'incurvation des os chez les bassets, soit encore très peu connue, on sait cependant qu'elles ne présentent avec le rachitisme ancun lien de parenté. Aussi doit-on abandonner définitivement les idées de Daubenton à cet égard, et celles qui ont été admises par Müller.

Vous pourriez me reprocher d'établir une analogie entre les bassets dont les jambes sont torses comme celles d'ailleurs de la plupart des fœtus atteints d'achondroplasie avec les achondroplasiques adultes dont les membres ne présentent aucune incurvation.

La réponse est cependant facile.

La croissance du chien se fait trop rapidement pour que l'incurvation fœtale des os ne soit pas maintenue.

Dans l'espèce humaine, nous admettons que les achondroplasiques qui survivent, sont peu touchés par la maladie et que, par conséquent, leurs incurvations osseuses ne sont pas très prononcées. La croissance se faisant en plus de vingt ans, la courbure des os devient avec l'âge de plus en plus négligeable ;

3° L'évolution de l'achondroplasie ne présente pas d'analogie avec celle des états qui peuvent lui être comparés.

Parrot et Kassowitz admettaient que la maladie parcourt toutes ses phases pendant la vie intra-utérine, qu'elle est spéciale à la poussée d'ostéogenèse de la première moitié de la vie fœtale. Le rachitisme ne se produirait que dans la seconde moitié de la vie fœtale. Il faut avouer que nous ne possédons pas sur ce point de données fixes et définitives.

Les os des membres chez les achondroplasiques ne se développent jamais en longueur d'une façon normale. Chez l'adulte ce défaut de croissance se continue et doit rester sous la dépendance d'une irrégularité dans la disposition linéaire des ostéoplastes au niveau du cartilage de conjugaison.

Aucune observation directe nous permet de scruter absolument le mécanisme suivant lequel ce phénomène se produit. Nous sommes forcés de rester sur le terrain de l'hypothèse ;

4° Au point de l'étiologie, nous ne connaissons qu'une seule cause avérée de l'achondroplasie, c'est l'hérédité.

Dans l'observation qui m'est personnelle, la patiente mit au monde un enfant frappé d'achondroplasie, comme elle-même, cette loi de la transmission héréditaire se retrouve chez les animaux, en particulier, comme je viens le dire, dans la race des bassets.

Au quadruple point de vue de l'anatomie pathologique, de la symptomatologie, de l'évolution et de l'étiologie, l'achondroplasie présente une essentialité qui me paraît indiscutable.

Dans le mémoire que j'ai publié sur ce sujet, des doutes avaient donné à ma description une confusion que la réflexion a dissipée et que je tiens actuellement à faire disparaître d'une façon précise.

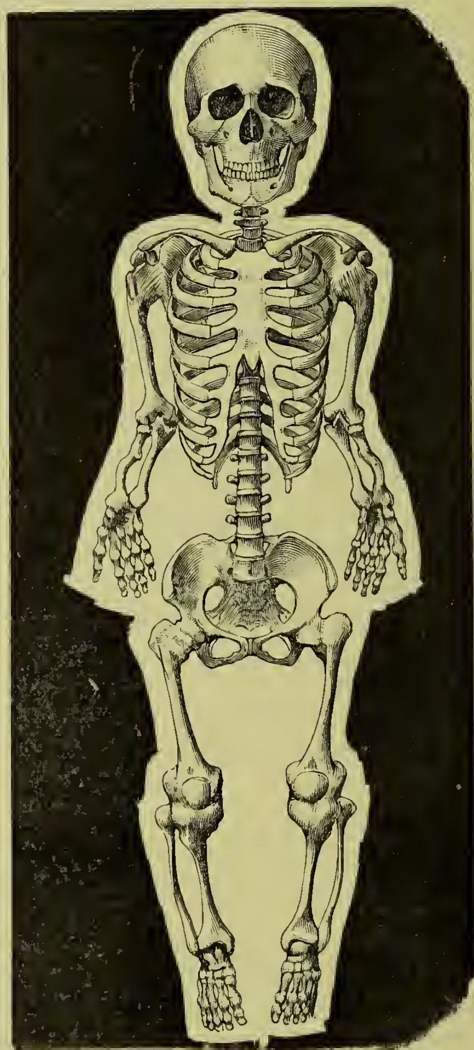
Il est un second point sur lequel je désire m'exprimer avec netteté, et qui intéresse d'ailleurs l'obstétrique d'une façon toute particulière.

Mon ami, M. Bonnaire ne veut pas admettre que le bassin des achondroplasiques constitue un type bien tranché et différent par sa forme du bassin rachitique. Il est caractérisé par le rétrécissement absolu de tous les diamètres du bassin avec aplatissement antéro-postérieur au détroit supérieur.

Par la petitesse de leur taille, les achondroplasiques se rapprochent des nains et des rachitiques. Leur bassin présente avec le bassin des

nains et le bassin des rachitiques des différences qui sont tranchées.

J'ai eu la bonne fortune d'étudier deux squelettes d'achondroplasiques, l'un se trouve au musée de la Clinique, l'autre se trouve au musée d'Anthropologie.



Voici la représentation du squelette du musée de la Clinique, et voici la représentation du bassin du même sujet. Vous pouvez

comparer ces dernières figures avec celles qui représentent le bassin de Bébé, le nain célèbre du roi de Pologne, dont le squelette se trouve au muséum d'histoire naturelle.

Il n'existe entre ces deux bassins aucune analogie.

Le bassin des nains est arrêté dans son développement, il a gardé le type infantile, il est infundibuliforme, comme celui des enfants. De plus, dans la figure que je vous présente, les os étaient ramollis; le bassin est asymétrique et le sacrum présente une courbure très exagérée qui porte surtout sur les deux dernières vertèbres sacrées.

Inutile d'insister sur ces différences. Elles sautent aux yeux.

La distinction avec le bassin rachitique est un peu plus délicate.

Le bassin achondroplasique présente d'abord une inclinaison exagérée, due à la bascule du sacrum qui fait proéminer le promontoire au détroit supérieur et éloigne son extrémité inférieure en arrière. Cette bascule tient à l'excès du poids du tronc et de la tête relativement au poids total du corps. Le centre de gravité ayant la tendance de se porter trop en avant, la bascule du sacrum et l'ensellure lombaire le reporte en arrière. Ce phénomène est donc en rapport avec l'exès du poids de la portion sus-pelvienne du corps sur le poids de la paroi sous-pelvienne.

La proéminence du sacrum au détroit supérieur lui donne l'apparence d'un bassin aplati.

De plus, tous les diamètres du bassin sont absolument trop étroits. Cela tient à la dépendance embryogénique du développement du bassin et de celui des membres inférieurs. Les os iliaques sont, en effet, aux membres inférieurs ce qu'est l'omoplate aux membres supérieurs.

Voyez le bassin achondroplasique qui est représenté ici.

Le rétrécissement forme un canal étroit qui est limité en arrière par toute la hauteur de la première vertèbre sacrée et en avant par toute la hauteur du pubis avec un détroit minimum qui va de la partie postérieure du pubis à l'angle de l'articulation de la première avec la deuxième vertèbre sacrée. Je pense cependant que, d'une façon générale, le rétrécissement achondroplasique du bassin appartient au type annulaire.

Il est canaliculé tout au haut de l'excavation et pour une étendue assez courte dans le bassin que je vous présente, grâce à des anomalies individuelles qui ne doivent pas se reproduire habituellement, tel, par exemple, le défaut de soudure de la première avec la deuxième vertèbre sacrée.

Voici les lésions capitales du bassin achondroplasique.

La brièveté des parties latérales du sacrum, la très légère bascule de l'os iliaque de haut en bas et de dehors en dedans, la saillie manifeste et très prononcée en dedans des épines sciatiques et du coccyx sont des lésions secondaires dues à l'action des ligaments postérieurs des articulations sacro-iliaques et des ligaments sacro-sciatiques. Ils n'ont pas d'importance au point de vue de la dystocie. Je n'insiste pas sur ces particularités dont l'explication est facile à donner.

L'origine du vice de conformation dépend parfaitement d'une part de la brièveté des membres inférieurs, d'autre part de l'excès du poids de la portion sus-pelvienne du corps, au point qu'on peut prévoir son importance d'après la valeur des causes qui la produisent.

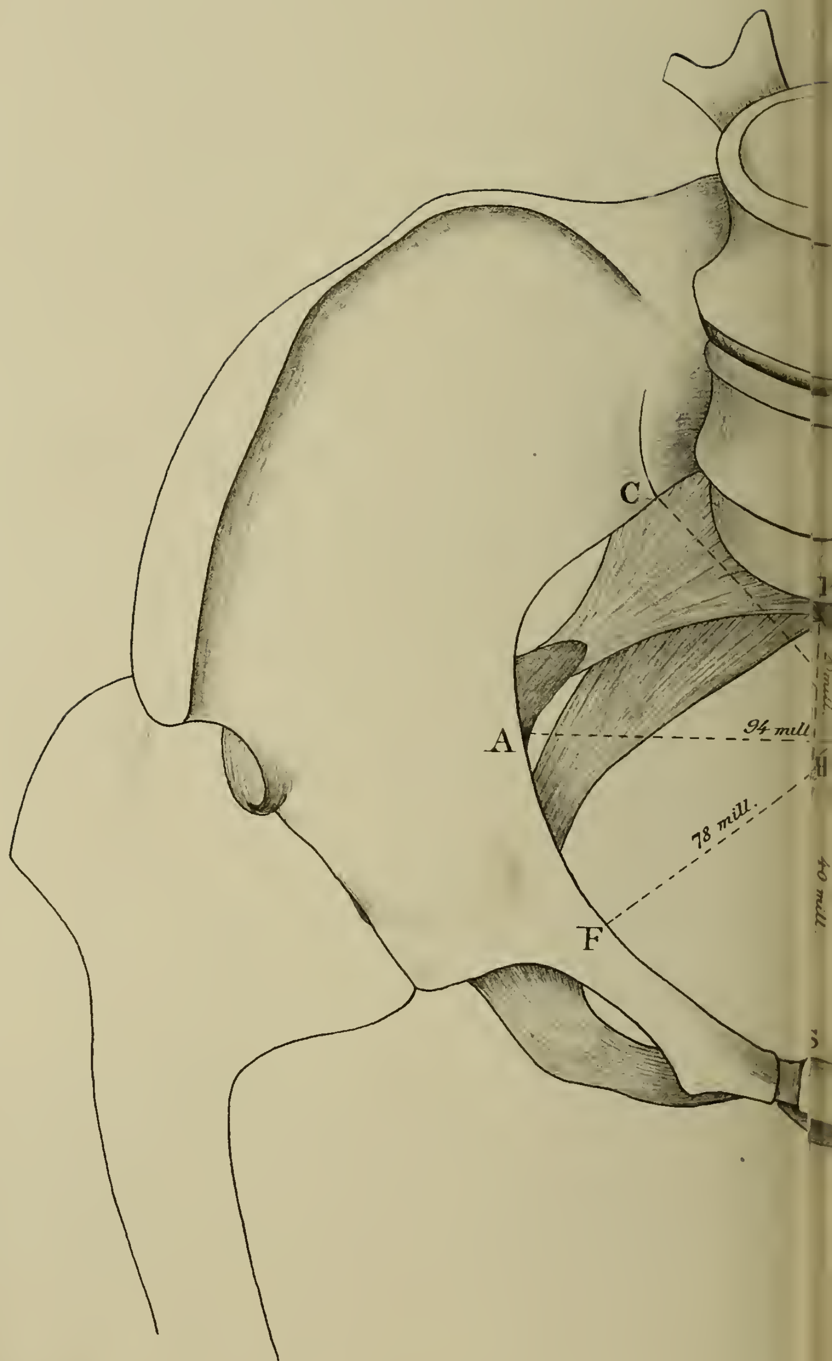
Chez les rachitiques, il existe bien un bassin étroit dans toutes les dimensions avec exagération de l'aplatissement antéro-postérieur au détroit postérieur. Mais sa pathogénie est bien différente ; il est sous la dépendance d'un arrêt de développement et du ramollissement des os qui sont aplatis par le poids du tronc. Des variétés très tranchées peuvent exister suivant que le ramollissement est plus ou moins marqué en certains points.

Il se distingue du bassin achondroplasique par deux caractères très nets.

Rien ne peut indiquer le point d'élection du ramollissement, ni le degré de l'arrêt du développement. Le rachitisme est capricieux dans le degré des altérations osseuses prédominant tantôt du côté du bassin, tantôt du côté des membres inférieurs, tantôt sur d'autres points du squelette.

Il n'existe donc pas un type toujours identique des lésions rachitiques, ni un rapport constant entre le degré des lésions et celui qu'on observe sur les autres parties du squelette. Au contraire, pour le bassin achondroplasique le rétrécissement absolu du bassin est absolument commandé par la brièveté des membres inférieurs. Première différence.

Deuxième différence : Le bassin rachitique est aplati par ramollissement des os, on peut donc rencontrer un bassin canaliculé ; on peut encore et surtout constater que le diamètre transverse du détroit supérieur, quoique absolument trop petit par le fait de l'arrêt de développement, est relativement plus grand que le diamètre antéro-postérieur, puisque le bassin est écrasé entre la pression transmise par le sacrum et la contre-pression exercée aux cavités cotyloïdes.



Dr Verneau, del.

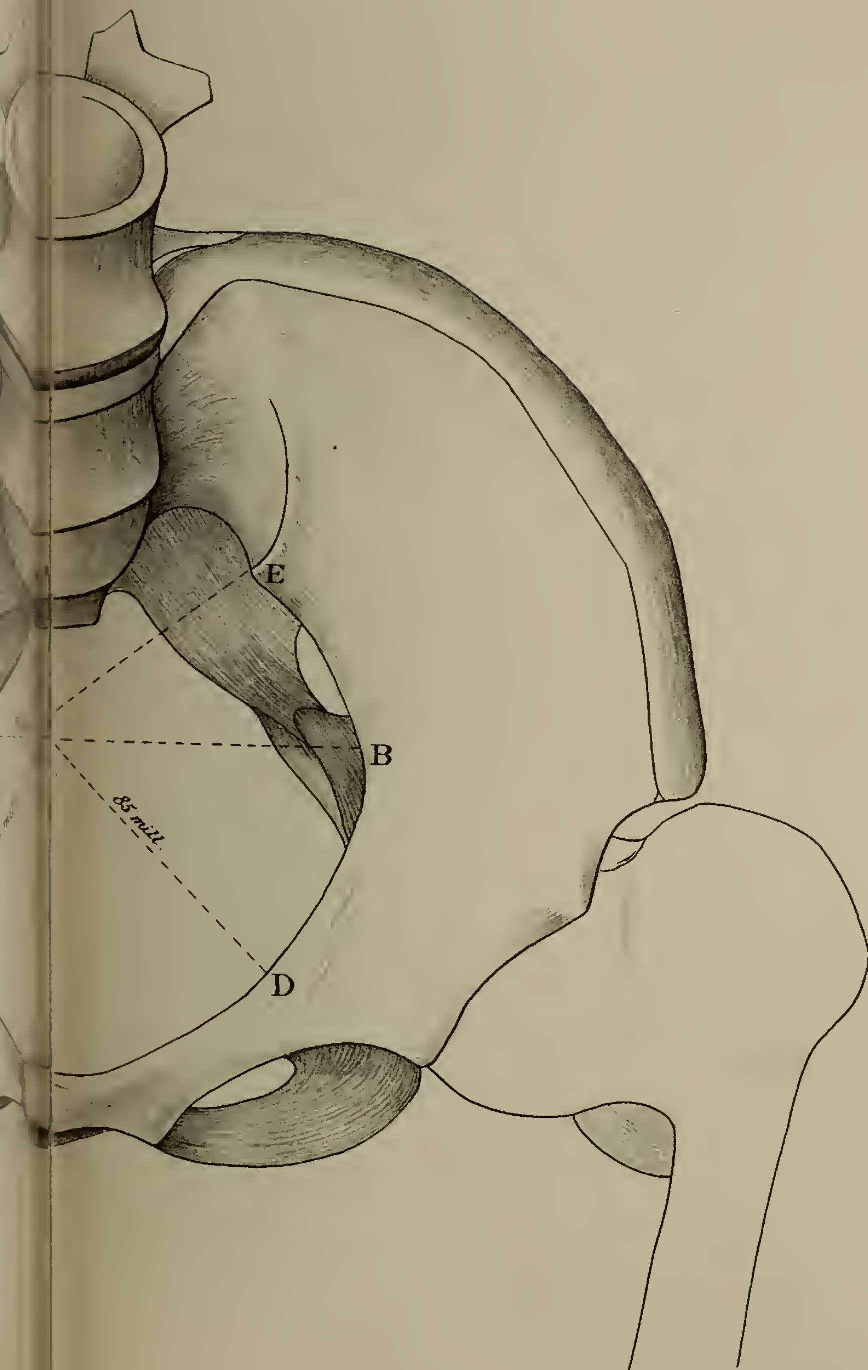

E
B
85 mill.
D

Fig. 21.

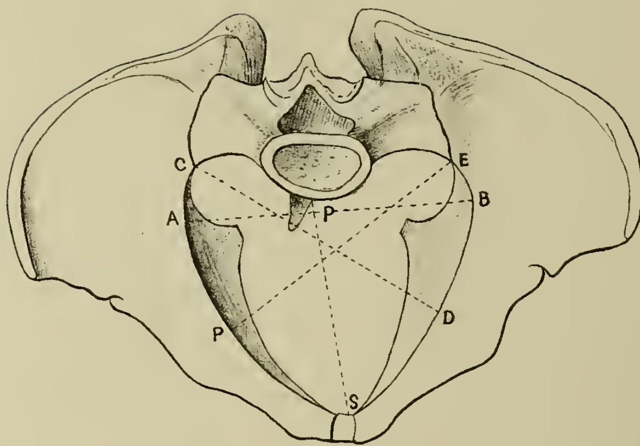


Fig. 22.

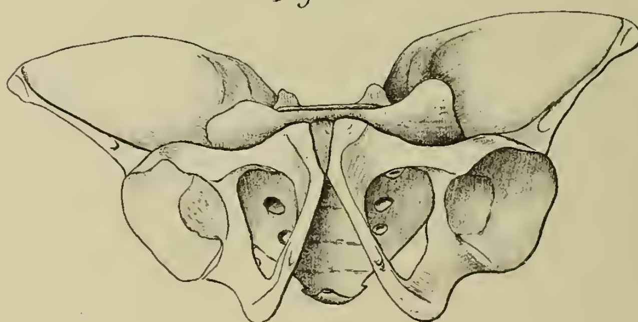
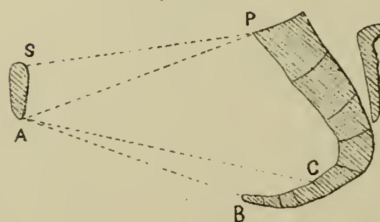
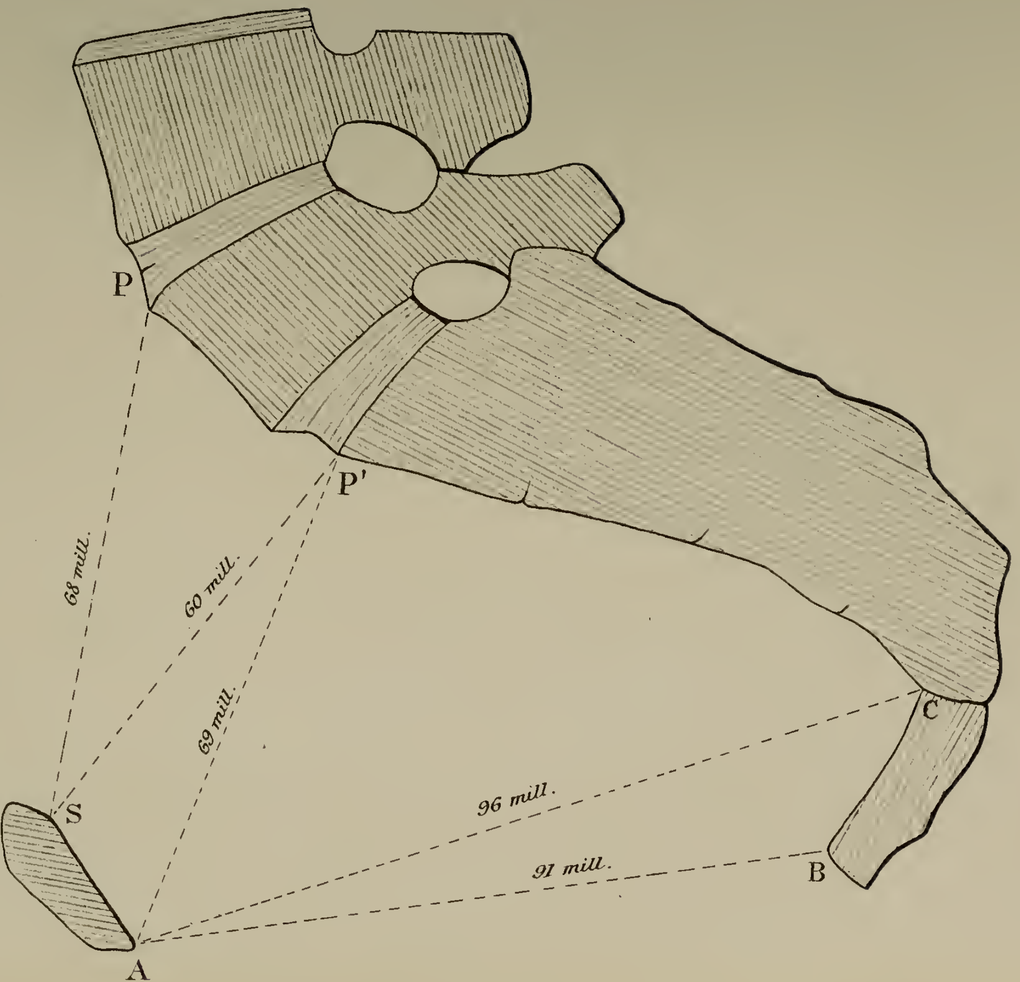


Fig. 23.




P
P'
68 mill.
60 mill.
69 mill.
C
96 mill.
91 mill.
S
B
A

Dans le bassin achondroplasique, le rétrécissement antéro-postérieur est dû absolument et seulement à la bascule du sacrum ; il est sous la dépendance immédiate de l'excès du poids sus-pelvien du corps relativement au poids total. Aussi si on redresse par la pensée le sacrum ou si l'on réunit en arrière la ligne innominée d'un côté à celle de l'autre, on se trouve en face d'un bassin uniformément rétréci. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur est coupé par le diamètre transverse en deux parties qui permettent de démontrer le mécanisme du rétrécissement de ce diamètre. Dans l'achondroplasie où ce rétrécissement est dû à la bascule de sacrum, le diamètre transverse divise le diamètre antéro-postérieur en deux parties, la postérieure qui vaut deux, tandis que la partie antérieure vaut quatre. Dans le rétrécissement du diamètre antéro-postérieur par ramollissement des os, comme dans le rachitisme, les deux segments de ce diamètre séparés par l'intersection du diamètre transverse tendent à s'égaliser. Cette différence distingue le bassin à type rachitique du bassin à type achondroplasique.

La séance est levée à 6 heures 3/4.



SÉANCE DU SAMEDI 17 SEPTEMBRE 1892

10 HEURES DU MATIN

Présidence de M. le Dr MACAN

DISCUSSION GÉNÉRALE SUR LE «PLACENTA PRÆVIA»

Rapport de M. BERRY HART, d'Edinburgh

Mr President and Gentlemen! It needs no words of mine to picture to you the importance to human life of placenta prævia. In a complication where the lives of both mother and child are so seriously threatened there is certainly occasion enough for the most serious attention of all in our branch of the profession ; and such attention and mutual comparison of our international knowledge will, I rest assured, not be wanting at our Congress to-day.

In bringing such a subject before you my first tought is « How best to do it? » Surely, by considering what facts we really know, and what treatment these facts indicate.

At the very threshold of our subject, then, we are met with the question.

What is Placenta prævia? Placenta prævia may be defined as the attachment of part of the placenta within a certain distance from the os internum, or its attachment to that part of the uterus proper (*i. e.* the uterus excluding the cervical canal), which becomes stretched and expanded during labour. These definitions require some explanation, and we take the second or functional definition first for a special reason.

The results of the frozen sectional anatomy of women who have died in labour have shown us that the uterus proper is divided into two markedly contrasted portions by the retraction ring. All above the retraction ring is active during labour, while a certain portion of

the developed canal below this ring is the passively dilated lower uterine segment. Where the lower limit of this meets the upper limit of the cervical canal it is difficult to say, although Chiari's section gives some help in settling this question by the upper limits of the arbor vitae.

In post partum uteri of the first 12 hours we can note distinctly that the passively stretched portion below the retraction ring is divided almost equally between lower uterine segment and cervical canal. We can thus define placenta prævia as *the attachment of part of the placenta such that it lies on a part of the uterine wall proper whose upper boundary during labour is the retraction ring.* As this part becomes expanded during labour, this is merely the old definition of Rigby expressed in terms of modern anatomy.

We have now, however, to face a more difficult question, viz. « What portion of the uterus at the end of pregnancy corresponds to the part of the uterus which during labour is bounded above by the retraction ring? » The answer is « the lower uterine segment », and I have now to define this important portion of the full-time pregnant uterus. The lower uterine segment is a hemispheroidal portion of the uterus with the os internum as its lowest point and its upper limit about 2 1/2-3 1/2 inches along the walls from that. The characteristics of the lower uterine segment are usually given as (1) looseness of its peritoneal covering; (2) separability of its lamellæ; (3) presence of a vein at the upper margin; (4) greater thinness as compared with the upper portion of the uterine wall.

None of these distinctions is satisfactory in every case. The looseness of peritoneum is best marked in front, not so well behind; the upper limit varies, and the vein is not always present behind and sometimes not in front. For practical purposes we can accept however this hemispheroidal portion of the uterus as a special segment, and thus get the shortest and best definition of placenta prævia, viz., « insertion of part of the placenta in more or less of the lower uterine segment ».

Recently Hofmeier has published an account of a four months' pregnant uterus with apparent placenta prævia, where the prævial part of the placenta was developed over the reflexa which had not yet become adherent to the vera. Kaltenbach has proposed, indeed, a definition of placenta prævia based on Hofmeier's specimen and others described by himself, viz., that the placenta is prævia when inserted over the lower pole of the reflexa. This definition has indeed been accepted by Olshaussen in the last edition of Schrœder's well-known

Text-book of Midwifery (eighth edition), so that the new view has the support of those whose opinion carries great weight.

This raises an important practical question, and also one of great scientific interest. No early ovum hasbeen found without the reflexa covering it. The reflexa is practically an extension of the serotina over the ovum, and its edges in early pregnancy are thick and with many villi attached. In a specimen of a six weeks' pregnancy wich I examined carefully with the help of my assistant, Dr Lovell Gulland, the reflexa is about 1/8 th inch at its junction with the serotina, and gradually thins as it passes up from this point to about 1/10 th. In many specimens of two months pregnancy the villi have been found well developed over the lower pole of the reflexa (Hofmeier, Kaltenbach), while in a specimen of a four months pregnancy of which I show a drawing, the placenta was still quite evident over the lower end of the reflexa. I may briefly state here the view I take of the reflexa. I consider the human ovum as an embedded one—one implanted in the decidua—the decidua serotina thus consisting of a deep portion next the uterine wall and a superficial portion, the decidua reflexa. This embedding of the pregnant ovum is found only in mammals high in the scale, *e.g.*, in the insectivora. In the hedgehog, for instance, Hubrecht has shewn that the impregnated ovum when it comes in contact with the serotina or tropho-spongia, apparently destroys the epithelium and is soon sunk into the tropho-spongia, which then closes over it and gives it thus reflexa. How the reflexa forms in the human fermale is not known, but I incline to the belief that it either occurs as in the hedgehog, or that the human ovum grafts itself on a portion of the serotina denuded of epithelium and that the serotina completes itself over it.

Where the so-called reflexa meets the serotina proper we get the villi at first remaining well developed, their development being less marked as we pass towards the highest point of the reflexa. The drawings I show illustrate this well, the development of villi on the reflexa being quite considerable.

This growth of villi on reflexa is not persistent and ultimately we get an atrophy of what one might term the reflexar placenta. This happens partly from the fact that the blood nourishment to the reflexa is much less than that to the serotina proper, and also to an active property of the villi recently indicated in a paper on the placenta by Dr Gulland and myself. Where the tips of the villi touch the serotina proper one can see a band of condensed and degenerated tissue due to an active and apparently phagocytic action of the villi. This enables

us to understand how the reflexar placenta atrophies as pregnancy goes on and ultimately the part of the reflexa over the os internum may remain only as a thick part of the membranes at the edge of the placenta proper. This process of degeneration and thinning of the reflexa placenta is well seen in my specimen of a four months pregnancy.

I must now state the view I advocate for the occurrence of placenta prævia. It is that of primary implantation of the impregnated ovum low down or even over the os internum. The forcible objection that Kaltenbach urges against this view seems to me not quite valid. He holds that the small ovum would pass into the cervical canal and be lost. We must remember, however, that the hypertrophied and folded decidua there will practically obliterate the os internum and thus implantation over it may happen. But why should such a low implantation happen? We only know that it is more apt to occur in cases where the mucous membrane has been unhealthy. The hypothesis I would advance, but merely as an hypothesis, is that the human ovum can only graft on a surface denuded of epithelium and that thus it does not graft in the Fallopian tube, but in some part of the uterine cavity where the epithelium has been removed by Menstruation. If then the ovum does not meet with the connective tissue surface until it has passed low down in the uterine cavity some form of placenta prævia will happen.

Placenta prævia is thus primary implantation of the ovum in the lower uterine segment. The valuable contributions of Hofmeier and Kaltenbach do not seem to me, as yet, to have shaken the orthodox view I have taken on me to defend, but there is no doubt that all speciments must be carefully scrutinized from their point of view.

What is it, then, that makes this condition of placenta so dangerous to mother and child? The answer of course is, the hæmorrhage, and thus I therefore take up now :

I. *The Special Microscopical Anatomy of the Placenta when attached to the Lower Uterine segment.*

II. *The Cause of the Separation of the Prævial Portion.*

I. *The Special Microscopical Anatomy of the Placenta when attached to the Lower Uterine Segment, so far as it bears on Separation of the Placenta and Bleeding.* — This description is based on an examination of several specimens of pregnancy, but specially on a four months' pregnancy, where the lower edge of the placenta was within an inch of the os internum. The reflexa did not take any special part in the formation

of the prævial portion in this case, although the great thickening of the decidua vera between the lower placental edge and the os internum gave a condition likely to favour the formation of a reflexar placenta.

The parts specially to be noted are (1) *the muscular wall*; (2) *the spongy layer;* (3) *the large-celled layer with its intimate union to the tips of the villi;* (4) *the blood supply.*

1. *The muscular wall of the lower uterine segment* is charactarized anatomically by the longitudinal direction of its fibres, and functionally by its property of passive distention, and has been already sufficiently alluded to (v. p.).

2. *The spongy layer* is very well marked in early pregnancy, but is less broad in advanced uteri. At all stages of pregnancy it is well marked, is now known to be formed by the fundi of the dilated uterine glands, *and is of the highest importance as being the layer where separation of the placenta takes place.*

3. *The large-celled layer with its intimate union to the tips of the villi.* — At this part of the placental section we note an intimate union of the villi with the large-celled serotinal layer. This has been already alluded to, but is here of importance owing to its preventing separation at this level.

4. *The blood-supply in the region of the lower uterine segment.* — On this question of the blood-supply to the placenta we have much material; and now, thanks to the work of John Hunter, Farre, Sir William Turner, Waldeyer, Bumm, Hofmeier and others, we have accurate and valuable information on this necessary point. The blood-supply to the lower uterine segment and maternal portion of placenta when attached there, is derived from the uterine artery and mainly from a branch of it which first passes through the retracting portion of the uterus. The curling arteries pour their blood into the intervillous spaces, while by Meckel's sinus, and veins usually lying in the cotyledonary substance, it passes back through the uterine wall to the maternal circulation.

The special facts concerning us, however, are — (*a*) What is the condition of the walls of the blood-vessels at the line of separation, *i.e.*, at the spongy layer? (*b*) What is the source of the bleeding? To the first query we answer that the walls of the blood-vessels, both arteries and veins, *at the plane of separation are thin-walled, and thus tear through easily.* On this point Farre and Waldeyer are very clear, and my specimens quite support their view. One thing also to be kept in mind specially, is the abundant venous supply of the lower uterine segment in placenta praevia, and the drawing of a vertical mesial

section of the uterus from a patient with central placenta praevia who died from pneumonia on the fifth day after labour illustrates thispoint completely.

The source of the hæmorrhage is therefore *mainly the torn thin-walled maternal vessels in the spongy layer of the serotina.* Any other source, such as Meckel's sinus, is insignificant.

It follows from all that I have said that the arrest of hæmorrhage in placenta praevia is due to collapse of the torn thinwalled vessels and to pressure. The musculature in the lower uterine segment has no active retracting power, although uterine retraction can influence the main arterial supply to the lower uterine segment for the reason already given.

II. *The Cause of the Separation of the Praevial Portion of the Placenta.* — This was first indicated by Matthews Duncan of Edinburgh and London, and is, with some additions briefly, as follows : The hemispheroidal lower uterine segment of the full time pregnant uterus becomes converted during labour into a tubular canal : has its superficial area increased and has special transverse stretching most marked the nearer the part is to the lower uterine segment. The portion of the placenta attached to the lower uterine segment does not equaly stretch, and thus the filaments of the spongy layer become torn, *i.e.* the praevial portion of the placenta becomes separated. From the torn blood-vessels we get what is known as unavoidable hæmorrhage. This mechanism is held by all as that occurring in labour in placenta praevia of full time.

Can we give any more exact data? What we want to know is (1) The superficial area of the lower uterine segment at full time : (2) The superficial area of the tubular canal into which it becomes converted when the lower uterine segment is fully canalized. These data unfortunately are not yet obtained, as a plaster cast of the cavity of a full-time uterus has not yet been made. We have, fortunately, casts of the eighth months uterus and of the developed genital canal near the end of the second stage. These casts my friends Drs Barbour and Webster have placed at my disposal and I have utilized them as follows :

On the cast of the eighth months pregnant uterus, I marked off the lower uterine segment approximately as lying within 2 1/2 in or 6 2/5 cm. from the os internum. This hemispheroidal portion was convered with paper and the paper flattened out, measured. The area was 15 sq. inches.

In the developed lower uterine segment (with probably part of the

cervical canal) I found the area, taken in the same way to be 37.75 sq. inches.

These data are imperfect, as the pregnant uterus was an eighth months one, and Barbour and Webster were unable to fix definitely the lower limits of the lower uterine segment in the labour one. The measurements do not however exaggerate the amount of expansion of the lower uterine segment during labour but fall short of it, inasmuch as the canalized part is considerably stretched during the pains. I hope that subsequent observers will by plaster casts give us fuller and more exact data.

Hæmorrhage, however, in placenta praevia often comes on at the seventh or eighth month, and many, especially Bayer, have attempted to explain this on the theory that the taking up of the supravaginal portion of the cervix into the uterus causes the separation of the placenta and the hæmorrhage. I am not inclined to accept this view, but the question is complex and must be considered as still *sub lite* so far as hœmorrhage at the seventh month or so is concerned. The condition of the edge of the placenta in such cases, *viz.* its somewhat atrophied condition is still open to investigation, especially from the point of view of the persistence of the reflexa.

Placenta praevia in all its aspects is no new thing in labour. At the end of pregnancy we have, normally, the membranes lining the lower uterine segment, *i. e.* we have the praevial membranes. These in normal labour become separated up to the retraction ring and give the slight tinging hœmorrhage so indicative of first stage pains. In the first stage of abortion at the second month we get the thickened decidua vera in the lower segment also separated, and thus the more abundant bleeding of early miscarriage. In placenta praevia we get the praevial portion of the placenta separated from the morbidly vascular lower segment, and thus a hœmorrhage tremendously exaggerated as compared with the trifling diagnostic hœmorrhage of early normal labour.

I have now finally to take up the great question of Treatment.

It would be impossible to do more than indicate the leading principles which should guide one in such cases.

It is evident from the preliminary anotomical and physiological facts I have laid before you, that the hæmorrhage can best be arrested by pressure and that one should certainly use a form of pressure wich also canalizes the lower uterine segment and cervical canal. These are, however, not the only principles for guidance one must rely on. In any treatment the antiseptic method must be

carried out with the strictest care and thus any prolonged form of treatment will put greater risks of failure in this most important feature of all obstetric operations. A last guiding point is that we are too apt to forget that the largest number of placenta praevia cases must be treated by the general practitioner who looks to the specialist for guidance as to the simplest and safest method of treatment.

I am convinced that the plan of treatment most available in the majority of cases is the Bipolar version of Braxton Hicks, performed as early as the dilatation or dilatability of the maternal passages allows, with subsequent rapid or slow delivery of the child as the case may demand. The advantages of this method of treatment are; (1) that it can be performed even with slight dilatation of the cervical canal ; (2) that it absolutely checks hæmorrhage ; (3) that the limbs and breech drawn down dilate the mother's canals ; (4) that it does not perceptibly increase the mother's risks; (5) that only in cases of rigidity of the maternal parts or prolapse of the cord it diminishes the chance of the childs life; (6) that it permits of thorough antisepsis ; (7) that it leads to no delay in urgent cases and requires no special armamentarium. This treatment I advocate unless in those slight cases where rupture of the membranes is sufficient.

I do not exclude dogmatically other forms of treatment. The tamponnade of the vagina until cervical dilatation is sufficient to allow of Version has given good results in the hands of many. Of the separation of the placenta from the lower uterine segment as recommended by on eminent authority, Dr Barnes, I have no personal experience, and so far as I know no sufficient basis has as yet been brought forward to recommend ist employment.

Practically speaking we must always rely on early version and judicious delivery, This will give the best results in multiparæ. The difficult cases are in elderly primiparæ or in those where the placenta occupies nearly the whole of the lower uterine segment (central). In the first named one gets great help from the use of india rubber dilators (Keiller, Barnes, and others) passed into the cervix and followed by version as soon as possible, the labour being then left to go on as above indicated. In the so-called central placenta praevia it is best to perforate the placenta, bring down a foot, and leave the labour to go on slowly or not as may seem best.

We must not aim at too much. The mother's life is first, the child's second. One must therefore not spend too long in dilating with dilators, as that may cause great blood loss; nor extract too

rapidly, as we thus get laceration of the mother and additional hæmorrhage.

After the question of Version, the next most important is that of stimulation. We are often summoned when much blood has been lost, and stimulation imperative. For such stimulation, nothing is better than hypodermics of sulphuric ether and auto-transfusion. I would specially recommend subcutaneous saline transfusion with the apparatus of Münchmeyer. It is simple and effective, and, above all, is no last resort. To my mind its great value is that it can be used in advance of urgent indications, can be safely trusted even to the inexperienced and young practitioner, and does not require those absolute indications necessary for venous transfusion. Above all, it is a practitioner's remedy — one that from its simplicity can be improvised readily with a simple funnel, a piece of tubing, and the ordinary hollow needle of an aspiratory case. Sterilization of the apparatus is easy, and the salt solution at 100° F. can be readily prepared in the proportion of one teaspoonful of salt to the pint. I have repeatedly used it with great benefit, and in my maternity service it is always employed in placenta praevia cases, even where the loss of bloot has not been too great.

This seems to me an important point — the fact that by it we can, in advance of serious indications as it were, increase markedly the bulk of the maternal blood.

Even when delivery is completed the obstetrician's anxiety is not finished, and careful watch must be kept againts *post-partum* hæmorrhage. As this most often comes from the lacerated cervix, reliance must be made on pressure with the fingers, or when necessary the lacerated lips may be stitched. If the hæmorrhage comes from the lower uterine segment, Duhrssen's iodoform tampon should have a fair trial.

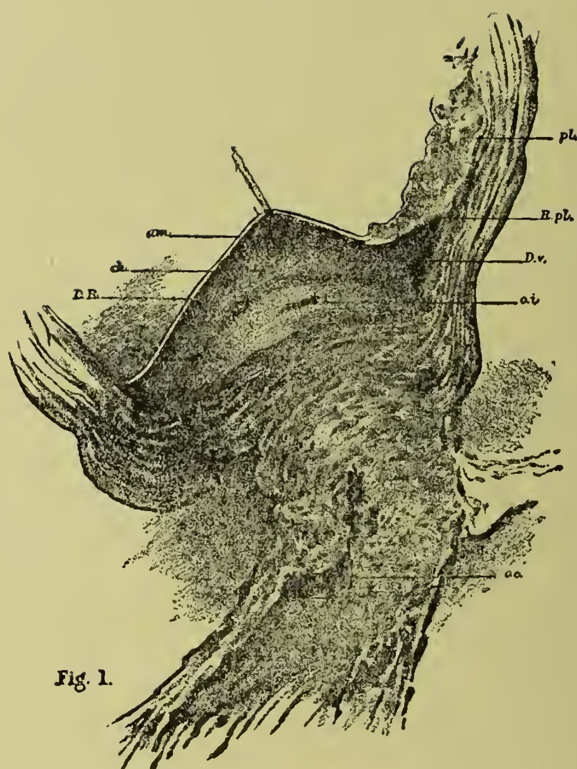


Fig. 1. — Cervix and Lower Part of Uterus (4th month); Reflexa and Amnion hooked up to show Reflexar Placenta.

o. e., Os externum; *o. i.*, Os internum; *R. pl.*, Reflexa placenta; *pl.*, Placenta; *am.*, Amnion; *ch.*, Chorion; *D. R.*, Decidua reflexa; *D. v.*, Décidua vera.

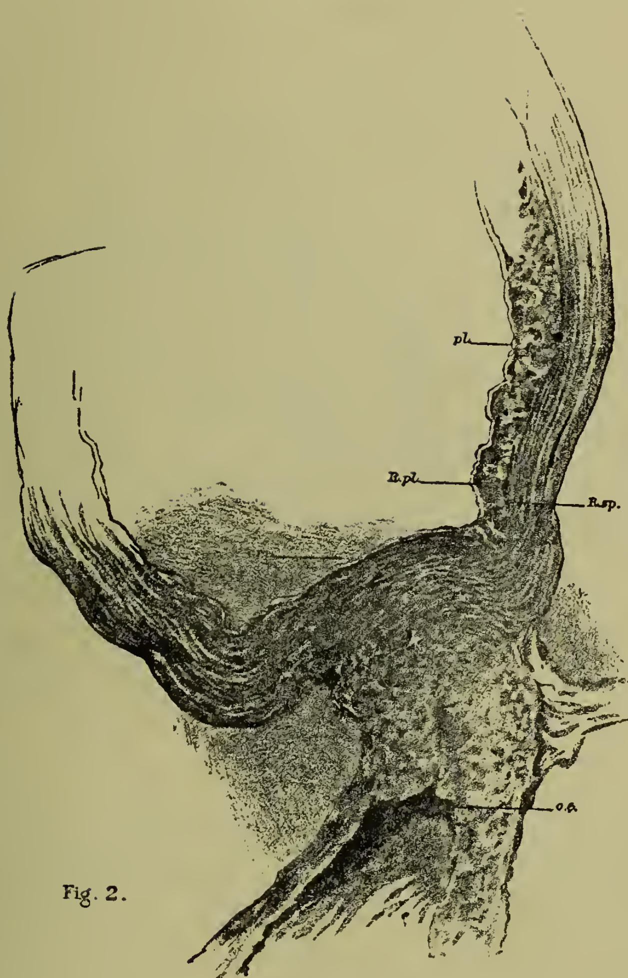


Fig. 2. — as in Fig. 1. . . . *R. sp.*, Linear space between reflexa and vera.

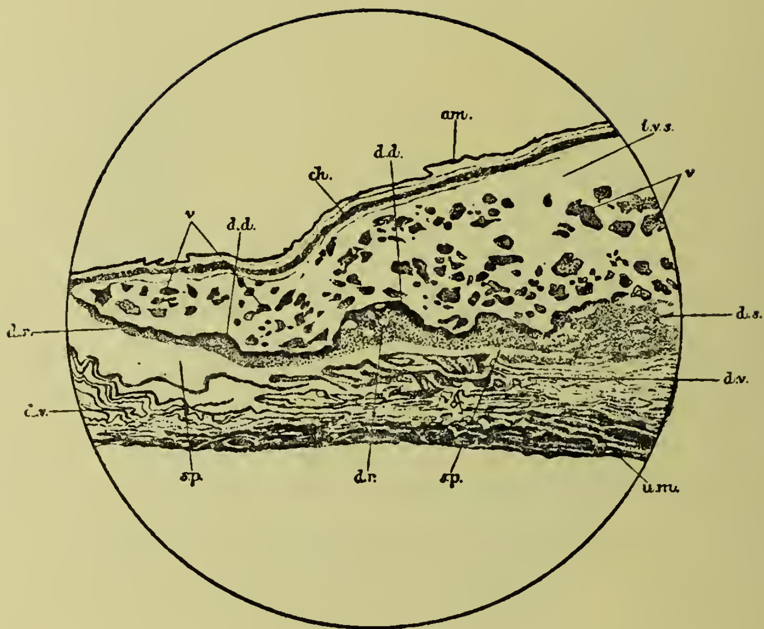


Fig. 3.

Fig. 3. —Section through the Placenta, Decidua Reflexa, and Decidua Vera, at the Lower Margin of the Placenta of a Four Month's Human Pregnancy, to show the degeneration, of the reflexa. *am.,* Amnion ; *ch.,* Chorion ; *v.,* Villus ; *i. v. s.,* Intervillous space ; *d. v.,* Decidua vera ; *d. s.,* Decidua serotina ; *d. r.,* Decidua reflexa; *d. d.,* Degenerated decidua ; *u. m.,* Uterine muscle ; *s. p.,* Space between the decidua reflexa and decidua vera.

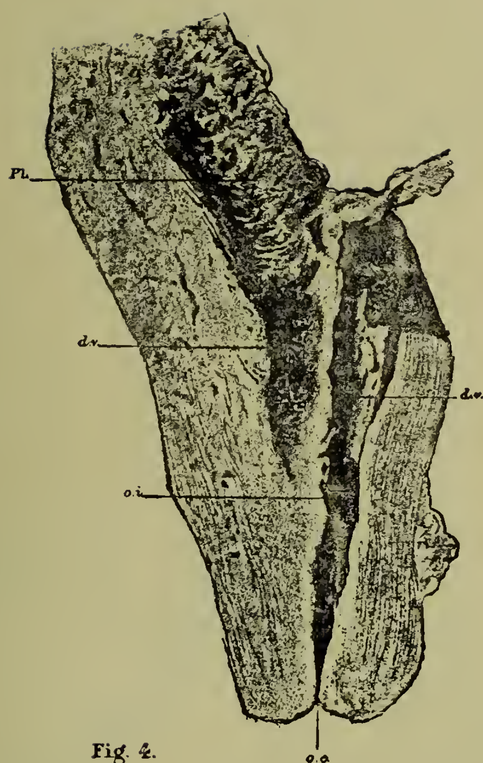


Fig. 4. — Vertical Mesial Section of Cervix and Lower Uterine Segment of a Four Months' Pregnancy, with edge of placenta low down (1/1). *Pl.*, Placenta ; *d. v.*, Decidua vera thickened ; *o. i.*, Os internum.



Fig 5.

Fig. 5. — Section through the edge of the Placenta and Deciduæ in a four Months' Human Pregnancy. *d. v. c.*, Compact layer of the decidua vera; *d. v. s.*, Spongy layer of the decidua vera; other letters as in fig. 3 (Specimen from fig. 4).



Fig. 6.

Fig. 6. — Section through the edge of the Placenta and Decidua of a Six Months' Human Pregnancy *s. m.*, Sinus of Meckel into which villi project; other letters as in fig. 3.

Robert Barnes (Londres). — C'est en 1847 (1) que j'ai publié le premier aperçu de ma théorie du Placenta Prævia. En 1857, dans mes « Lettsomian Lectures » devant la Société médicale de Londres, j'ai expliqué et illustré avec plus de précision et de preuves cliniques la physiologie et les causes des dangers qui se rattachent à cette complication; et j'ai tiré de cette démonstration les principes thérapeutiques qui en sont la conséquence logique.

Cette théorie est exposée dans le dessin (fig. 1). En étudiant ce dessin on voit que l'utérus est divisé en trois zones :

1. La supérieure ou zone du fond.
2. L'équatoriale ou celle du milieu.
3 Et l'inférieure.

La zone supérieure est séparée de l'équatoriale par une ligne imaginaire (ligne 1, 2) qu'on peut appeler le cercle polaire supérieur. Cette ligne, il est vrai, n'a pas été démontrée anatomiquement. Mais elle sert à marquer une distinction, que je crois réelle, entre les qualités des zones supérieure et équatoriale dans leurs relations à l'attachement placentaire et à l'hémorragie.

La zone équatoriale est séparée de la zone inférieure, ou autrement dit segment utérin inférieur, par la ligne (3, 4). Cette ligne est la ligne de démarcation de Barnes, *Barnes' boundaryline* (1847-1857). C'est la ligne dite *os interne de Braune* en 1872, ligne qui devint l'anneau de Bandl en 1876, et plus tard l'anneau constricteur de Schrœder. On pourrait aussi l'appeler le cercle polaire inférieur.

La zone supérieure (z. s.) est le siège du placenta fondal; c'est la région d'attachement la plus sûre. La zone équatoriale (z. e.) est le siège du placenta latéral ou équatorial. Le placenta latéral peut donner lieu à cette forme d'hémorragie qu'on appelle accidentelle; mais on peut cependant regarder la zone équatoriale comme un siège d'attachement assez sûr et normal. Cette sécurité est encore plus grande lorsque le placenta est attaché en partie dans la zone supérieure, et en partie dans la zone équatoriale. Le danger commence lorsque le placenta s'attache en partie dans la zone inférieure, ce qui constitue le *placenta prævia partiel*. La partie de placenta qui empiète sur la zone inférieure (z. i.) est sujette à la séparation prématurée. Le placenta prævia complet, autrement dit, *placenta prævia cen-*

---

(1) Lancet, 1847.

tralis, se trouve lorsque le placenta entier, ou la plus grande partie, est attaché dans la zone inférieure, et couvre l'orifice interne.

Dans ce dernier cas la gestation serait, à justement parler, une *gestation ectopique* (ou hors de place), puisque l'œuf, ou une partie

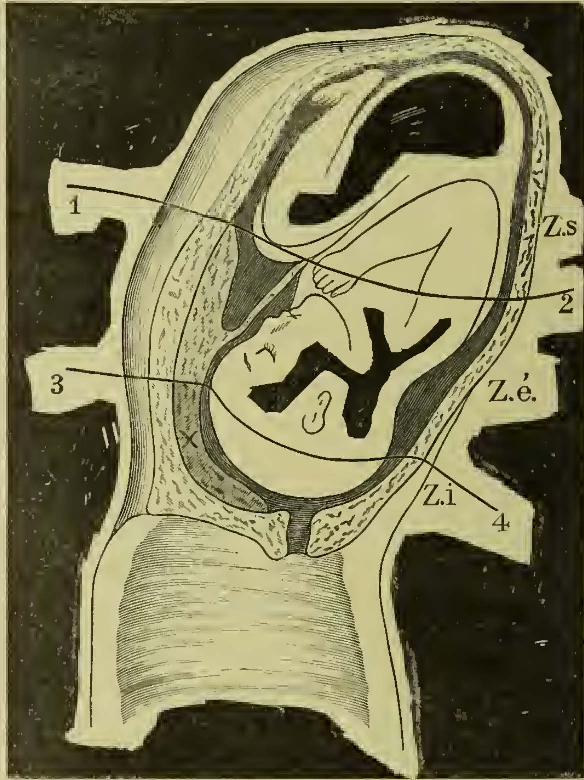


Fig. 1. — Représente un placenta prævia partiel. La matrice est divisée en trois zones par deux lignes : ainsi, 1, 2, est la ligne qui marque la borne entre Z. s et Z. é la zone supérieure et la zone équatoriale ; 3, 4, est la ligne (« Barnes' boundary-line ») qui marque la borne entre la zone équatoriale, Z. é, et la zone inférieure Z. i. X est le lambeau prævia du placenta, sur lequel repose la tête.

importante, est développé dans la zone inférieure de l'utérus, région qui n'est pas désignée par la Nature à cette fonction.

La ligne courbe tracée dans la zone inférieure marque la position occupée par la tête fœtale. La ligne de démarcation (3, 4) correspond presqu'exactement avec l'équateur de la tête fœtale, et souvent elle correspond à peu près avec l'entrée du bassin.

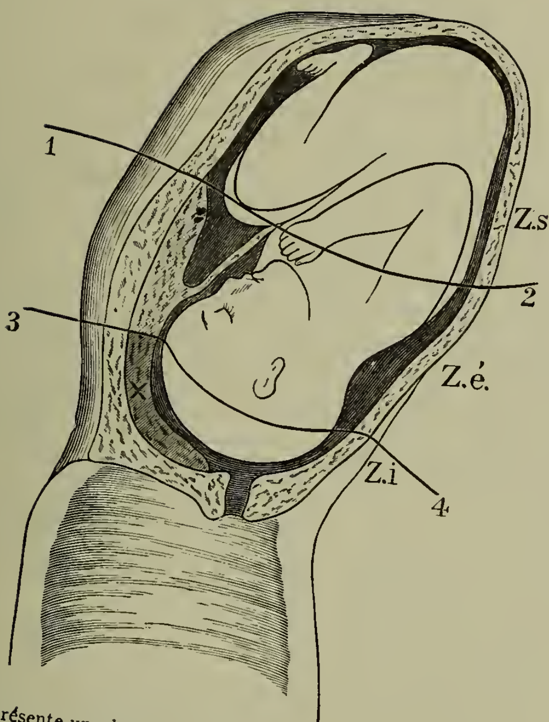


FIG. I.—Représente un placenta prævia partiel. La matrice est divisée en trois zones par deux lignes : Ainsi, 1, 2, est la ligne qui marque la borne entre Z.s et Z.é la zone supérieure et la zone équatoriale ; 3, 4, est la ligne ("Barnes' boundary-line") qui marque la borne entre la zone équatoriale, Z.é, et la zone inférieure Z.i. X est le lambeau prævial du placenta, sur lequel repose la tête.

3. Un tampon peut être introduit pour gagner un peu de temps ; mais il ne faut par s'y fier. Surveillez, observez avec vigilance.

4. Détachez tout placenta qui adhère dans la zone inférieure. et surveillez tonjours. S'il n'y a pas d'hémorrhagie, attendez un peu. L'utérus fera peut être sa besogne. Ceci manquant, dilatez le col par le dilatateur hydrostatique. Attendez et surveillez. Si les forces naturelles font défaut on a recours au forceps qui donne la meilleure chance à l'enfant, ou en dernier ressort passez à la version.

5. Éviter, tant que possible, tout ce qui dispose à la septicémie. Il y a quatre facteurs qui y disposent. *a*. Le contusionnement et autre lésions de l'utérus ; *b*. la rétention dans l'utérus de restes de placenta, de membranes, ou de caillots ; *c*. défaut de contraction de l'utérus ; *d*. activité d'absorption, renforcée par la perte de sang. Toutes ces causes sont réduites au minimum en suivant les principes thérapeutiques qui précèdent. Mais il y a encore des précautions spéciales. Après la délivrance, examinez le placenta avec soin pour voir s'il est entier. Si l'utérus ne se contracte pas bien, et si du sang coule surtout, injectez de l'eau chaude à 45° C. en y ajoutant un peu d'iode ou d'acide phénique, ou bien si l'hémorrhagie persiste du perchlorure de fer. Il est de plus utile de répéter les injections utérines tous les jours pendant une semaine. L'activité d'absorption indique l'usage d'un régime généreux.

Suivant cette ligne de procédés, nous suivons strictement la loi de la physiologie. Nous ne forçons pas la nature, nous l'obéissons. La littérature médicale fourmille d'exemples probants de la justesse de ces préceptes.

En somme je crois avoir démontré la liaison intime, intégrale, qui existe entre l'anatomie, la physiologie et la thérapeutique, loi qu'on ne peut violer sans tomber dans le désastre. C'est sur cette loi de solidarité que repose ma theórie et ma pratique ; et je puis ajouter mon succès clinique.

Voici la devise que je porte : " Plus fait douceur que violence."

Bandl a, je crois, exagéré les différences anatomiques entre les régions équatoriale et inférieure de la matrice. Dans les pièces que j'ai examinées, la musculature est continue, la paroi, avant le travail, n'étant pas sensiblement plus mince dans la zone inférieure. Quelquefois, sous la distension entraînée par le passage de la tête, la zone inférieure et le col peuvent être amincis au degré qu'il représente.

Je ne tâcherai pas ici de discuter en détail toutes les théories qui ont été émises sur la cause de l'hémorragie. Je ne ferai qu'indiquer brièvement quelques-unes des conclusions, plus ou moins provisoires, auxquelles je suis arrivé. Il y a deux propositions fondamentales qui ne sont plus disputées :

1. L'hémorragie vient des vaisseaux utérins.
2. Ces vaisseaux sont déchirés par la séparation du placenta de son attachement à l'utérus.

Ce qui est difficile, c'est de démontrer la cause de ce détachement prématuré. Est-ce la contraction de l'utérus qui amène une telle diminution de sa surface que le placenta n'est pas en mesure de la suivre? Si cette diminution de surface de la paroi utérine en est la cause, il faut nécessairement admettre qu'il y a contraction utérine active. C'est la conclusion généralement acceptée. Et sans doute cette contraction a lieu quelquefois. Mais quand il y a contraction suffisante à détacher le placenta, il est probable qu'il y aura peu d'hémorragie. C'est possible que le mouvement péristaltique de la paroi utérine puisse quelquefois outrepasser la limite normale, et alors une contraction suffisante à détacher le placenta pourrait arriver. C'est possible encore qu'une contraction utérine plus active, même spasmodique, puisse s'établir. Mais c'est un fait acquis par l'observation clinique que dans beaucoup de cas l'hémorragie précède toute contraction utérine réalisable. L'hémorragie commence souvent lorsque la femme est endormie. Elle est éveillée, non pas par la douleur, mais par l'écoulement de sang. L'époque la plus commune est une période menstruelle. A cette période une condition active se présente; c'est la haute tension vasculaire. Cette tension agit sur les vaisseaux de l'utérus et du placenta avec une force spéciale. Elle dispose à la rupture de ces vaisseaux. Et cette rupture se fait dans le lieu de moindre résistance, c'est-à-dire dans les vaisseaux qui unissent l'utérus et le placenta.

Un autre facteur ne doit pas être négligé. La construction cellulaire du placenta favorise l'accumulation de sang. Les artères utérines continuent d'y projeter le sang; tandis que le retour par les sinus ne peut marcher de pair. Ainsi le placenta, rapidement distendu, acquiert

une surface plus étendue que celle de la paroi utérine correspondante. Assez souvent il arrive que la distension du placenta est telle que son tissu caverneux se déchire, et il y a épanchement dans le corps de l'organe. Ainsi la masse du placenta, subitement grossie outre mesure, se détache de l'utérus. Ce procès n'entraîne pas de rigueur, au commencement, la contraction de l'utérus. Il est probable, cependant, que la contraction s'établira sous l'influence de l'irritation réflexe. Mais cela n'arrive pas toujours, au moins à un degré appréciable. Comment alors, expliquer la fréquente persistance de l'hémorragie ? Tout simplement parce que la contraction n'a pas lieu.

L'espèce de contraction qui prédomine dans la zone ou segment inférieur est la rétraction. Les fibres musculaires longitudinales s'étendent de la zone équatoriale dans les parois de la zone inférieure, même jusque dans le col et le vagin. Se contractant, ils raccourcissent la zone inférieure, ouvrent le col, et ainsi, aidant la force expulsive du corps de l'utérus et des muscles de l'abdomen, ils canalisent le passage, et forcent le fœtus à travers. Quand cette rétraction est arrêtée il y a hémorragie ; quand la rétraction marche bien l'hémorragie est arrêtée. Un obstacle qui empêche la rétraction efficace, est l'adhérence partielle du placenta. Détachez cette partie, et très souvent, pourvu que les forces du système ne soient pas trop réduites, une rétraction efficace s'établira. C'est ce qu'enseigne l'observation clinique directe, c'est-à-dire, à ceux qui sont doués de la foi qui donne le courage d'observer, qui ne traversent point aveuglément la Nature, en se précipitant dans la méthode brutale : « l'accouchement forcé ». Ceux qui coupent court l'ordre naturel d'un procès physiologique ne sont pas en droit de porter témoignage contre ceux qui ont observé le procès dans son entièreté.

Il y a encore un état du placenta qui favorise le détachement spontané. C'est toute altération de son tissu, provenant ou de l'induration, de dégénérescence graisseuse ou d'autres conditions qui détruisent son homogénéité normale. Et il faut se rappeler que le lambeau de placenta qui envahit la zone inférieure est spécialement sujette à ces altérations.

J'ai promulgué encore une théorie de la cause du détachement prématuré et d'hémorragie. Le placenta s'élargissant plus rapidement que la surface correspondante de l'utérus, pousse au-delà de cette surface ; d'où suit le détachement. Cette théorie a suscité l'objection qu'elle manque de preuves. C'est vrai qu'il n'y a pas de preuve directe. Mais nier n'est pas réfuter. Et l'argument tiré de l'analogie avec l'histoire de la gestation ectopique tubaire est très fort. Dans

ces cas la cause principale de la rupture du sac et de l'hémorragie se trouve dans l'incapacité du sac de croître assez vite pour suivre l'agrandissement rapide de l'œuf vers le troisième mois de la gestation. La sac se rompt et il y a épanchement de sang. Or, j'ai démontré que le placenta prævia est une variété de gestation ectopique. Donc la déduction que les deux procès sont pareils est légitime.

Résumé physiologique et thérapeutique. — Le cas se résume dans les propositions suivantes :

1. L'hémorragie coule principalement de la surface dénudée de l'utérus, et elle est artérielle. (Simpson croyait qu'elle provenait du placenta.)

2. Dans le cours de beaucoup d'accouchements, il y a une époque quand l'hémorragie cesse spontanément. Le dogme ancien voulait que l'hémorragie fût inévitable, et devait nécessairement continuer jusqu'à la délivrance. Ce dogme gouverne même aujourd'hui la pratique de beaucoup de médecins, les poussant à un traitement téméraire et pernicieux.

3. Cet arrêt spontané ne dépend pas du détachement total du placenta, ni de la mort du fœtus, ni de syncope de la mère, ni de pression sur le segment inférieur de la matrice dénudé de placenta, quoiqu'une ou plusieurs de ces conditions puissent favoriser cet arrêt.

Les conditions constantes de cet arrêt physiologique sont : la contraction de l'utérus, soit active ou tonique, la thrombose, ou coagulation du sang dans les orifices des vaisseaux.

5. L'arrêt physiologique de l'hémorragie n'est ni permanent ni sûr avant que la partie du placenta qui était attaché dans la zone inférieure soit entièrement séparée, vu que c'est cette partie qui est sujette a être détachée pendant la dilatation du segment inférieur de l'utérus au point qui est nécessaire pour le passage du fœtus. La limite d'attachement dangereux du placenta correspond à l'équateur de la tête de l'enfant (v. fig. 1, 3, 4). En dessous de cette limite, le segment inférieur doit nécessairement se dilater ; au-dessus de cette limite, l'attachement du placenta est normal, et il n'y a nul besoin que la dilatation du corps de l'utérus ait lieu. Au contraire, cette partie de l'organe se contracte pour chasser l'enfant dans la zone inférieure, qui subit canalisation continuée jusque dans le col et le vagin.

Cette ligne de démarcation (cette *boundary-line*), qui m'a été révélée par l'observation clinique rigoureuse, et par l'étude physiologique, a été récemment le sujet d'études anatomiques par plusieurs médecins. Le dessin étale cette histoire d'une façon graphique. Ma *boundary-*

line, décrite en 1847-1857, et bien de fois depuis ces dates, devint l'os internum de Braune en 1872, l'anneau de Bandl en 1876, et plus tard la limite inférieure de la partie contractile de l'utérus de Spiegelberg, et l'anneau de contraction de Schrœder. Je crois avoir le droit d'en réclamer la découverte, si la priorité porte un titre légitime. Mais je vais plus loin; et je déclare que les auteurs que je viens de nommer et bien d'autres, tout en réalisant ce fait capital qu'il existe une ligne de démarcation précise, et qu'ils y aient affiché leurs noms, ont manqué d'en saisir la pleine signification. Pour eux l'anatomie reste sans physiologie et sans thérapeutique rationnelle. Elle reste stérile.

On a essayé d'indiquer l'étendue de la zone inférieure en mesurant la distance de l'orifice interne à la ligne de démarcation (la boundary-line). Ces tentatives sont fondées sur la supposition erronée que tous les cas se ressemblent. L'utérus et la présentation fœtale varient dans leurs proportions absolues et relatives, selon le développement de l'utérus et la grandeur du fœtus. La prétention de fixer une ligne de démarcation à l'aide du compas ou autre instrument à mesurer est absurde. Ma description est basée sur l'observation de cas de gestation à terme, et le mesurage de têtes fœtales à l'équateur. La vraie limite se trouve à la hauteur, c'est-à-dire à la distance, du col de l'utérus, à l'équateur de la tête fœtale. Tracez un cercle à cette hauteur et vous aurez la *boundary-line*. (v. fig. 1, 3, 4).

6. Lorsque ce degré de détachement a été atteint, soit par la nature, soit par l'art, il n'y a pas de raison physiologique pour que détachement plus étendu se fasse, ou que l'hémorragie persiste, c'est-à-dire avant l'expulsion de l'enfant. Alors et pas plus tôt le reste du placenta qui est attaché aux zones équatoriale et supérieure, est détaché et rejeté, comme dans le travail normal. Cette persistance de l'adhérence entre cette partie du placenta et l'utérus suffit, pour la plupart, pour la préservation de l'enfant. C'est principalement dans les cas extrêmes de placenta prævia central, dans lesquels le placenta adhère en grande partie ou entièrement dans la zone inférieure; ou, lorsque, ce qui arrive assez souvent, le travail se déclare prématurément, que la vie de l'enfant est menacée.

7. L'adhérence du placenta au-dessus de l'os internum empêche la dilatation ordonnée du col; et, conséquemment, pendant la persistance de cette adhérence, le cours ordinaire du travail est entravé ou désordonné.

8. Les tissus de l'utérus, surtout ceux du col, sont spécialement exposés aux meurtrissures; et l'inflammation et la pyohémie sont très aptes à suivre l'accouchement. C'est justement dans le dessein d'éviter

cette meurtrissure et inflammation que la nature plante le placenta dans les zones supérieures.

La conduite à tenir devant le placenta prævia.

La thérapeutique dictée logiquement par les conditions physiologiques exposées, est indiquée dans les propositions suivantes :

1. La plus forte hémorragie a souvent lieu au commencement du travail, et souvent même avant aucun signe clair de travail, et cela survient pour la plupart à une époque à laquelle la menstruation serait attendue. Le col est toujours, à cause de la proximité du siège du placenta, très vasculaire, et parfois aussi très rigide. Toute tentative de forcer la main à travers le col à cet étage, dans le but de détacher le placenta en totalité, ou d'extraire l'enfant, ne peut se faire qu'au risque de déchirer ou de contusionner la matrice. L'extraction de l'enfant à travers le col, quand même il n'a pas été nécessaire de passer la main dans l'utérus, est un procédé qui n'offre qu'une mauvaise chance pour l'enfant, et qui est plein de danger pour la mère. D'où l'indication est de suivre une ligne de traitement aussi éloignée de violence et de précipitation que possible.

2. Le détachement complet du placenta n'est pas nécessaire ; et on ne peut pas s'y fier pour arrêter l'hémorragie. Après ma démonstration de ce point, Simpson même, je crois, le rejeta ; et je ne pense pas que personne à présent le conseille.

3. Puisque la dilatation de la portion cervicale doit nécessairement se faire pour livrer passage à l'enfant, et puisque, dans le premier étage de cette dilatation nécessaire, l'hémorragie peut arriver, l'indication est d'avancer cet étage autant que possible, évitant toujours violence et précipitation.

4. Dans les cas où le travail fait signe de commencer, hémorragie étant forte, tandis que l'orifice interne est encore fermé, l'arrêt de l'hémorragie et la dilatation de l'orifice pourront être accélérés par la rupture des membranes et l'emploi de tentes.

5. Puisqu'une présentation de travers, ou autre position mauvaise pourrait entraver ou arrêter les contractions régulières de l'utérus, contractions qui sont nécessaires pour arrêter l'hémorragie, il est le plus souvent désirable de délivrer aussitôt que la condition de l'orifice utérin le permettra. C'est maintenant qu'arrive l'occasion pour la version bi-polaire.

6. Dans quelques cas le simple usage des moyens qui excitent la contraction de l'utérus, tels que la rupture des membranes ou l'emploi du galvanisme, suffisent pour arrêter l'hémorragie.

7. Dans quelques cas dans lesquels on trouve que l'orifice utérin est ouvert jusqu'à un diamètre de 4 centimètres, et qu'on trouve le placenta détaché de la zone inférieure, l'hémorragie ayant cessé, il n'est pas nécessaire d'interrompre le cours du travail, qui est devenu normal. C'est rarement que l'hémorragie persiste après complète canalisation du passage.

8. Au moment critique, quand le détachement total du placenta ou l'accouchement forcé est dangereux ou impraticable, l'introduction de l'index à travers le col, et la séparation artificielle de cette portion du placenta qui est adhérente dans la zone inférieure, est à la fois praticable et exempte de danger. Ce procédé est dépeint dans la figure 2, qui représente la surface fœtale d'un placenta d'après nature. Le lambeau en bas est placenta prævia. Le sillon ombré correspond exactement à la ligne de démarcation (boundary-line), ligne que l'index est justement à même d'atteindre. Le lambeau correspond à la zone inférieure de l'utérus. Il porte l'empreinte de la tête fœtale qui reposait dessus. J'ai introduit l'index pour montrer comment on le fait couler en arrière du lambeau prævial, afin de le détacher jusqu'à la ligne de démarcation. C'est intéressant de remarquer que la portée de l'index est justement ce qu'il faut pour atteindre et circuler autour de l'équateur de la tête fœtale, cercle qui est identique avec celui de la ligne de démarcation. Le dessin est fait après un cas actuel.

9. Le détachement artificiel de cette portion du placenta qui adhère dans la zone inférieure débarrasse à l'instant l'orifice interne de ces adhérences qui entravent sa dilatation régulière ; et encore, en facilitant la contraction régulière de ce segment de l'utérus, il favorise l'arrêt de l'hémorragie, et change un travail, compliqué de placenta prævia, en travail naturel.

10. L'utérus imparfaitement développé, plus ou moins paralysé par la perte de sang, ne possède pas toujours cette action vigoureuse qui est nécessaire pour l'achèvement de l'accouchement. Il devient nécessaire d'aider la canalisation en dilatant le col artificiellement. Cette dilatation s'accomplit promptement et avec sûreté par le moyen de mon dilatateur hydrostatique (Barnes'bag). Cet instrument est depuis longtemps d'usage général ; et le témoignage à son efficacité est concluant.

11. Dilatation suffisante étant gagnée, on peut, s'il est désirable, accélérer l'accouchement à l'aide du forceps, par la version, ou par l'embryotomie, selon l'indication dictée par la condition de l'enfant et du bassin. Et je crois devoir insister, dans le cas de présentation de la tête, sur l'avantage du forceps. C'est le moyen le plus en accord

avec la nature. C'est mieux pour la mère, et donne la meilleure chance à l'enfant. Et si les circonstances demandent la version, j'insiste sur l'importance, le corps de l'enfant étant sorti, de tirer la tête par le forceps, s'il arrive quelque difficulté ou retard dans le passage

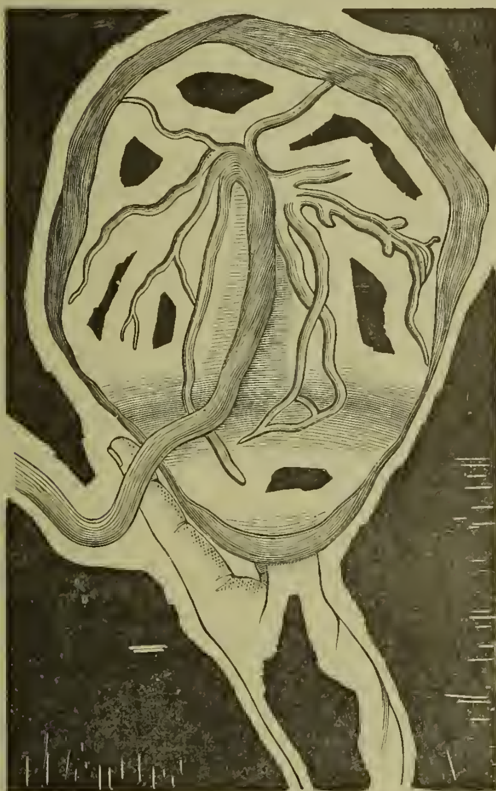


Fig. 2. — Un placenta prævia partiel d'après nature : un tiers de grandeur naturelle. Le dessin montre la face interne ; le sillon ombré marque la ligne où le placenta normal attaché dans la zone équatoriale devient placenta prævia s'étendant dans la zone inférieure. Ce sillon correspond avec la ligne de démarcation entre les deux zones, et aussi avec l'équateur de la tête fœtale qui reposait sur le lambeau prævial (Voir fig. 1).

J'ai introduit le doigt indicateur pour montrer comment se fait le décollement du lambeau prævial de la zone inférieure. Il est intéressant de noter que la longueur du doigt est justement ce qu'il faut pour pratiquer cette opération.

de la tête sous la traction manuelle. Le forceps, ainsi appliqué, garantit le cou de l'enfant de la constriction que causerait l'imparfaite dilatation du col. La traction exercée sur la tête en facilite la moulure, et amoindrit la traction du cou. On doit aussi avoir soin d'observer la

traction axiale, chose assez facile, avec le forceps, et très difficile en tirant sur le corps. Entre mes mains ce procédé a contribué matériellement à sauver l'enfant.

Un mot sur la méthode dite Braxton Hicks récemment préconisée, qui consiste essentiellement dans la version bi-manuelle à laquelle j'ai donné le nom, bi-polaire. Plusieurs objections surgissent contre la méthode et contre la désignation qu'on lui a donné. Tout d'abord il n'y a rien de nouveau dans l'usage des deux mains, de sorte à agir sur les deux pôles de l'enfant pour pratiquer la version. De tous temps l'on s'en est servi; et je ne puis me souvenir du temps quand j'ai fait autrement. Simpson l'a décrit il y a bien longtemps. Et quant à l'application de la version au traitement du placenta prævia, il faut tout d'abord réfléchir avant d'avoir recours à la version quand le fœtus se présente par la tête. Si l'on prétend que par ce moyen on peut dilater le col en tirant sur les jambes et le corps de l'enfant; et que la tête ou autre partie de l'enfant s'appuyant sur la zone inférieure comprime la surface saignante, la réponse est évidente. Ces deux bouts sont bien mieux atteints d'abord par le dilatateur hydrostatique, et ensuite par le forceps, se réservant la version si le forceps ne réussit pas. La version exige plus de force, ce qui nuit à la femme, et diminue sensiblement la chance de vie de l'enfant. En somme, l'accouchement par cette méthode est simplement *l'accouchement forcé, mitigé ou adouci.*

Les fauteurs de cette méthode s'appuient, non sans raison, sur des succès obtenus pour la mère. Ils ne peuvent guère se vanter de leur soins pour le salut de l'enfant. Une critique juste, basée sur l'observation clinique et la physiologie, donne lieu de croire que quelquefois, au moins, l'introduction de deux doigts ou de la main à travers le col pour saisir les pieds de l'enfant entraîne le détachement du lambeau placenta prævia, et qu'ainsi l'opérateur, croyant pratiquer la version simple, a en même temps pratiqué la méthode physiologique que je recommande.

La critique suivante de Ludwig Müller, dans son ouvrage sur le placenta prævia (1877) reste, avec peu d'exceptions, remarquablement exacte: « Smellie, dit-il, ne suivit aucune méthode exclusivement, mais agissait selon les indications du cas en main. En ceci il fit un pas en avant, qui le met au-dessus de tous ses prédécesseurs, et aussi de beaucoup de ses successeurs ».

Une erreur capitale qui détruit toute confiance dans l'enseignement et la pratique de beaucoup d'auteurs, c'est de préconiser la manœuvre qu'ils affectent le plus comme le seul et suffisant traite-

ment du placenta prævia. S'ils avaient saisi la vraie théorie, et s'ils avaient la foi qui porte à l'action, ils auraient compris qu'il n'existe pas une seule méthode de traitement ; mais qu'il y a plusieurs opérations auxquelles on fait successivement appel selon le progrès du travail, et les conditions spéciales du cas en main.

Tout en admettant franchement que notre premier devoir est de sauver la mère, j'insiste sur la loi corrélative qu'il ne nous est pas permis de sacrifier l'enfant dans ce but, sans pleine preuve que ce n'est qu'à ce prix que la mère peut être sauvée. Les cas dans lesquels les deux vies sont censées se tenir dans une position antagonistique disparaissent devant les lumières de la science et de l'art modernes. Et jamais cette proposition n'est plus vraie que dans le traitement du placenta prævia. Des hécatombes d'enfants ont été sacrifiés sur l'autel de fausses théories. Ma propre expérience donne 33 % d'enfants nés vivants ; et avec cela plus de mères ont été sauvées que par d'autres méthodes.

On doit se rappeler que dans beaucoup de cas dans lesquels le secours du médecin est réclamé, la gestation n'est pas à terme. Il s'agit donc d'un utérus imparfaitement développé. Un tel utérus ne se dilate pas toujours facilement ; il y a rigidité, c'est-à-dire, que l'accouchement forcé, entraîne probablement les contusions, même le déchirement. C'est vrai que l'enfant à extraire est plus petit, mais le danger est cependant très réel.

Une raison sur laquelle les fauteurs de l'accouchement forcé adouci s'appuient est que les risques d'infection ou pyohémie sont amoindris. Cette prétention est très contestable. Qu'est-ce qui arrive quand l'accouchement est forcé ? La meurtrissure, le contusionnement, les blessures des tissus gonflés, vasculaires outre mesure, et plus ou moins rigides, menacent et se rencontrent souvent même entre les mains habiles. D. Davis, Naegele, et Collins et bien d'autres ont constaté ces accidents. Et ces malheurs mènent souvent à la pyohémie. C'est aussi mon expérience.

Comment éloigner ou diminuer le danger de telles lésions ? N'est-il pas évident qu'il faut éviter toute force dans la dilatation du col, et dans l'extraction du fœtus, deux choses très difficiles à réaliser quand on a recours dans les premiers temps du travail à l'accouchement par la version. N'est-il pas évident aussi que ce danger est réduit au minimum lorsqu'on suit les règles que je conseille, l'une d'elles est d'effectuer la dilatation doucement par le moyen de mon dilatateur hydrostatique, et de mener l'enfant par le forceps s'il présente par la tête. Ainsi, le salut de la mère marche avec le salut de l'enfant.

Tout d'abord on doit se rappeler que toutes les méthodes rapides ou forcées sont pleines de danger pour l'enfant. Suivant la pratique de Sir J. Simpson, et de la plupart de ses prédécesseurs et contemporains, ceux qui préconisent ces méthodes hâtives sont tellement convaincus de l'extrême péril de l'enfant, qu'ils le mettent hors de considération, bien contents s'ils réussissent à sauver la mère.

Je ne m'arrêterai pas pour discuter au long les erreurs qui embrouillent cet argument. Je me borne à constater comme le résultat d'une grande expérience clinique, et d'analyses statistiques soignées, que les méthodes qui sont les plus heureuses à l'égard de la mère, sont précisément celles qui souvent offrent la meilleure chance à l'enfant. Ici, comme dans tant d'autres des grands problèmes cliniques de l'obstétrique, le principe dominant doit être de chercher une solution qui promet la plus grande sécurité pour mère et enfant, ne condamnant ni l'un ni l'autre.

Pour résumer : Les mesures qui viennent successivement en requête sont :

1. Rupture du sac de l'amnios, qui dispose l'utérus à contracter.
2. L'ajustement d'un fort bandage sur le ventre.
3. Un tampon peut être introduit pour gagner un peu de temps ; mais il ne faut pas s'y fier. Surveillez, observez avec vigilance.
4. Détachez tout placenta qui adhère dans la zone inférieure, et surveillez toujours. S'il n'y a pas d'hémorragie, attendez un peu. L'utérus fera peut-être sa besogne. Ceci manquant, dilatez le col par le dilatateur hydrostatique. Attendez et surveillez. Si les forces naturelles font défaut on a recours au forceps qui donne la meilleure chance à l'enfant, ou, en dernier ressort, passez à la version.
5. Eviter, tant que possible, tout ce qui dispose à la septicémie. Il y a quatre facteurs qui y disposent : *a.* La contusion et les autres lésions de l'utérus ; *b.* la rétention dans l'utérus de restes de placenta, de membranes ou de caillots ; *c.* défaut de contraction de l'utérus ; *d.* activité d'absorption, renforcée par la perte de sang. Toutes ces causes sont réduites au minimum en suivant les principes thérapeutiques qui précèdent. Mais il y a encore des précautions spéciales. Après la délivrance, examinez le placenta avec soin pour voir s'il est entier. Si l'utérus ne se contracte pas bien, et si du sang coule surtout, injectez de l'eau chaude à 45°C. en y ajoutant un peu d'iode ou d'acide phénique, ou bien, si l'hémorragie persiste, du perchlorure de fer. Il est de plus utile de répéter les injections utérines tous les jours pendant une semaine. L'activité d'absorption indique l'usage d'un régime généreux.

Suivant cette ligne de procédés, nous suivons strictement la loi de

la physiologie. Nous ne forçons pas la nature, nous lui obéissons. La littérature médicale fourmille d'exemples probants de la justesse de ces préceptes.

En somme, je crois avoir démontré la liaison intime, intégrale, qui existe entre l'anatomie, la physiologie et la thérapeutique, loi qu'on ne peut violer sans tomber dans le désastre. C'est sur cette loi de solidarité que repose ma théorie et ma pratique ; et je puis ajouter mon succès clinique.

Voici la devise que je porte : « Plus fait douceur que violence ».

Gottschalk (Berlin). — Ich möchte zunächst meiner Freude darüber Ausdruck geben, dass Herr *Berry Hart* meine in meinen Arbeiten (Archiv für Gynäkologie Band 37 und Band 40) niedergelegten Anschauungen über die Entwicklung der menschlichen Placenta an seinem Untersuchungsmaterial bestätigen konnte.

Auf Grund meiner Studien über die Entwicklung der menschlichen Placenta war ich schon früher (Archiv für Gynäkologie Band 40) der *Hofmeier-Kaltenbach* 'schen Theorie bezüglich der Entstehung der Placenta praevia entgegen getreten.

Gegen diese Theorie spricht vor allem, dass die sogenannte Randreflexa in den ersten Schwangerschaftsmonaten keinen constanten Theil der Reflexa bildet sondern stetig fortschreitend immer neue Schichten der Vera zur Reflexa herüber gezogen und damit zur Randreflexa werden. Die Randreflexa bleibt erst constant mit dem Augenblick wo das Ei die Gebärmutterhöhle ganz ausfüllt, also etwa vom 4. Monat an. Um diese Zeit dürften sich aber die Zotten des chorion laeve wohl schon alle zurückgebildet haben und die ursprüngliche d. h. primär angelegte Randreflexa längst atrophisch geworden sein. Auf eine primäre Anlage der Placenta auf dieser Randreflexa kann daher die Placenta prævia unmöglich zurückgeführt werden. Vielmehr hat jedenfalls die Entstehung einer Placenta prævia zur Vorbedingung, dass die Einbettung des befruchteten Eies im Uterus mehr oder weniger tief erfolgt ist.

Te nachdem dies mehr oder weniger geschehen, wird es in Folge des Flächenwachsthums der Placenta früher oder später zur Bildung einer Placenta prævia kommen müssen.

Die Haftfläche der Placenta vergrössert sich nämlich im Verlaufe der ersten vier Monate ungemein rasch von 1/12 auf 1/4 der Gesammtinnenfläche der Gebärmutterhöhle. So lange bis der deciduale

Grenzwall (Schlussring Waldeyers) das häutige Chorion erreicht hat, breiten sich die stark wuchernden Chorionzotten parallel zur Oberfläche in der spongiösen Schicht der Vera aus. Bei dieser flächenhaften Ausbreitung können die Placentarzotten um so leichter die untere Grenze der Vera am inneren Muttermund erreichen, je tiefer die Imprägnation des Eies statt hatte.

Wird diese untere Grenzschicht der Vera am inneren Muttermund von den Zotten durchbrochen, so können drei Möglichkeiten eintreten:

1. Die Zotten können frei in den innern Muttermund hineinragen. Nothgedrungen wird dadurch eine, wenn auch enge Communikation des Zwischenzottenraumes mit dem Cervical kanal geschaffen, die zu wiederholten Blutungen und zum Abortus führen kann. Diese Eventualität tritt ein, wenn das Ei die Uterushöhle noch nicht ganz ausfüllt.

2. Liegt die Reflexa der Uteruswand überall innig an, ist also die Randreflexa constant geworden, so kann letztere den inneren Muttermund überdachen. Die wuchernden Zotten gelangen in dem Augenblick, wo sie die untere Veragrenze durchbrechen auf diese Randreflexa, finden an ihr eine neue Haftfläche, über die hinweg sie in die gegenüber liegende Vera hineinwachsen können.

Die Randreflexa bildet somit in diesen Fällen die Brücke, welche die Zotten zur Vera der andern Seite hinüberführt. Natürlich müssen sie hier die Reflexa durchwachsen, um in die Vera eindringen zu können. Wegen der ungünstigeren Ernaehrungsbedingungen in der Randreflexa werden die Zotten an ihr nur oberflächlich haften.

So erklären sich die bekannten besonderen Merkmale, welche vielfach der vorliegende Placentarlappen aufweist: wie Dicke der Decidua, leichte Trennbarkeit des Lappens, Glätte der zurückbleibenden Gebärmutterwand u. s. w.

3. Die Vera liegt am innern Muttermund ringsum so innig an einander, dass sie gleichsam einen geschlossenen Sack bildet, keine Lücke bleibt und der innere Muttermund von Vera überdacht wird.

Durchbrechen nun die Zotten die untere Veragrenze der einen Seite, so können sie ohne weiteres in die gegenüberliegende Vera eindringen. Zufälligerweise kann die untere Veragrenze von den wuchernden Zotten gerade in dem Augenblick durchbrochen werden, wo die Reflexa fertig gebildet ist, d. h. die Reflexa der Uteruswand überall innig anliegt. Dann muss die gegenüberliegende Vera das

Material zur Bildung des decidualen Grenzwalles (Schlussring *Waldeyers*) abgeben. *Damit ist dann die Combination von Placenta prævia und marginata gegeben.* In diesen, nicht so seltenen Fällen, deren ich mehrere in jüngster Zeit beobachten konnte, bildet dann der Margo ausschliefslich den vorliegenden Placentartheil. Nur ausnahmsweise dürfte die Placenta prævia darauf zurückzuführen sein, dass die Einbettung des Eies gleich von vornherein auf dem innern Muttermund statt hatte. Die Regel ist, dass die Placenta in der sub. 1 - 3 geschilderten Weise erst in Folge des Flächenwachsthums zur prævia wird, wenn die Einbettung des Eies mehr oder weniger tief erfolgt ist.

Deshalb spielen in der Aetiologie abnorme Glätte der Schleimhautoberfläche, Endometritis und Weite der Gebärmutterhöhle eine Hauptrolle.

Wiederholt habe ich bei chronischer Nephritis Placenta praevia beobachtet. Mit der Erweiterung des innern Muttermundes wird der vorliegende Lappen gelöst und so kommt es zu den oft lebensgefährlichen Blutungen im ersten Geburtsstadium. Im eigentlichen unteren Uterinsegment und weiter oben kann trotzdem die Placenta prævia so abnorm adhärent sein, dass noch eine manuelle Lösung nothwendig wird. *Ahlfeld* hat schon hierauf aufmerksam gemacht, und ich kann diese Beobachtung auf Grund eigener Erfahrung nur bestätigen. Bezüglich der Therapie muss man unterscheiden, ob nur ein kleiner Rand oder ein grosses Stück der Placenta vorliegt. Im ersten Falle steht die Blutung in der Regel nach dem Blasensprunge ; andernfalls empfiehlt sich die unmittelbare Tamponade der blutenden Uterusfläche mit Iodoformgaze unter Zuhilfenahme des Speculums.

Liegt ein grösserer Theil der Placenta vor, so soll man so bald als möglich zur combinirten Wendung auf den Fuss schreiten, dann aber mit der Extraction des Kindes bis zur hinreichenden Erweiterung des äusseren Muttermundes warten.

Verrier (Paris). — Messieurs, j'ai désiré apporter mon concours à ce Congrès pour éclairer un point de diagnostic et de pratique obstétricale lorsque, dans le placenta prævia, l'accoucheur a affaire à un placenta multilobé désuni.

L'auteur qui a le mieux étudié ces faits, assez rares d'ailleurs, est sans contestation notre sympathique secrétaire du Congrès pour la France, M. le Dr Auvard.

Dans sa thèse de concours d'agrégation il avait réuni quatre cas dans lesquels un des lobes placentaires, devenu par son insertion *prævia*, avait donné lieu à une hémorragie par le mécanisme connu que je n'ai pas à décrire ici.

Parmi ces quatre cas, l'un m'était personnel, il a été publié dans la *Revue obstétricale et gynécologique*, 1886, p. 145; M. Auvard l'a résumé dans sa thèse.

Dans ses travaux d'obstétrique, publiés en 1889 (t. Ier et t. II), M. Auvard, reprenant ses études sur le placenta, divise le placenta humain en trois classes : 1° le placenta unilobé ; 2° le placenta multilobé uni ; 3° le placenta multilobé désuni ou succenturié. C'est à cette dernière espèce que nous avons affaire dans le cas de *placenta prævia* par un des lobes séparés de ses congénères ; dans ces cas il semble que chaque lobe forme un placenta à part.

M. Auvard reconnaît, en effet, trois variétés à cette classe ; ou bien il y a deux lobes égaux et ce sont bien deux placentas distincts, quoique le plus souvent il n'y ait qu'une seule insertion funiculaire, les vaisseaux rampant sur les membranes d'un placenta à l'autre. Plus rarement le cordon se biffurque à une certaine distance sur sa tige et envoie à chaque placenta les vaisseaux nécessaires à sa nutrition. Ou bien encore les deux lobes sont inégaux ; telle était la disposition placentaire dans le cas auquel j'ai assisté et c'était le petit lobe qui était *prævia*.

Parfois, pourtant, c'est le plus gros lobe qui peut être inséré vicieusement. Ou bien, enfin, il existe plus de deux lobes, c'est le véritable *placenta succenturia*, comme celui observé par Blot et reproduit dans Cazeaux et dans les travaux de M. Auvard.

Le cas de Wrisberg, cité dans la thèse de Millet (Paris 1861, p. 35) peut aussi se rapporter à cette espèce ; mais cette forme n'a jamais été signalée comme ayant donné lieu au *placenta prævia*.

La petitesse des lobes supplémentaires et leur peu d'écartement du gâteau principal, les rendent, en effet, trop peu importants pour avoir à redouter cette complication. Ils entraînent d'autres dangers comme, par exemple, les hémorragies *post-partum* ou l'infection putride, mais je n'ai pas à m'occuper ici de ces accidents.

La fréquence de ces placentas multilobés désunis a été étudiée par Ribencout Desaignes, in *Ann. de Gynécologie*, 1887, et sur 6,701 accouchements pratiqués à la Maternité de Paris, on a trouvé dix-neuf fois des placentas à plusieurs lobes séparés, ce qui fait 1/352, sept fois l'insertion du cordon se faisait sur les membranes, pas une seule fois

l'auteur n'a noté la biffurcation du cordon, ni le placenta prævia. Ces deux anomalies sont donc exceptionnelles si les autres ne sont pas très rares.

Donc, pour ce qui est du *placenta prævia*, dû à la présence d'un placenta multilobé désuni ou séparé, nous ne devons envisager que deux cas :

a) Les deux lobes sont égaux.

b) Les deux lobes sont inégaux.

Toutes les observations relatées jusqu'à ce jour, se rapportent à ces deux cas.

Si j'insiste sur ce point de pratique obstétricale c'est que je trouve que M. Auvard, un maître en sa matière, n'est guère encourageant pour le praticien quand il dit : (thèse d'agrég., p. 180, et travaux d'obst., t. Ier, p. 175).

« Au début de la dilatation, le diagnostic nous semble tout à fait impossible, et la conduite à tenir la même que dans les cas de *placenta prævia* ordinaire.

» Si, avec un degré de dilatation suffisant, on arrivait à limiter circulairement avec le doigt, le cotylédon prævia et à le reconnaître par ce mode d'exploration, peut-être pourrait-on le détacher et par cette manœuvre ouvrir l'œuf. En cas de doute, il serait plus prudent de rompre les membranes en un point; par cette rupture le cotylédon serait rejeté latéralement, et l'accouchement pourrait ainsi se déterminer sans accidents ».

Si je n'ai pas tenté d'éclairer ce diagnostic, lorsque je me suis trouvé aux prises avec le *placenta prævia bilobé*, en 1883, c'est que je n'avais qu'une seule observation et que, en effet, les symptômes m'auraient paru appartenir tous à l'insertion vicieuse ordinaire.

Mais déjà M. Auvard, en 1886, avait quatre observations, chiffre encore insuffisant, surtout en l'absence de détails qui eussent pu avoir de l'importance pour lui. En 1889, il y en avait sept.

Aujourd'hui que nous connaissons quinze observations, outre celles qui ont échappé à mes recherches, aujourd'hui que les accoucheurs s'efforcent, de plus en plus, surtout par la description des syndrômes, d'élucider le diagnostic, il semble que nous soyions plus autorisés à formuler les règles pour aider le praticien à bien établir l'espèce de placenta qui donne lieu, par son insertion marginale ou centrale, à la perte qu'il a à combattre et, conséquemment, à le guider dans ce qui lui reste à faire pour sauver les deux existences qui lui sont confiées.

On sait que dans l'insertion vicieuse ordinaire, centre pour centre, l'épaisseur insolite du segment inférieur, l'élévation du fœtus dans l'abdomen et l'absence de ballottement, quand le fœtus n'est pas engagé, donne au praticien appelé pour une hémorragie survenue brusquement pendant la grossesse, sans cause apparente, l'idée d'une insertion vicieuse ; mais on sait aussi que dans l'insertion vicieuse marginale on peut, avec l'hémorragie, constater le ballottement et parfois même une partie fœtale accessible.

Or, dans certains cas de placenta bilobé, le ballottement a été manifestement senti. Donc, quand, avec cette disposition, coïncide une perte grave du septième au huitième et même au neuvième mois, on devra rechercher le ballottement, et j'affirme que la plupart du temps, on le constatera. Ce sera déjà là un signe diagnostique. De plus, si, comme dans le cas de Mundé (1), on sent le centre du col comme obstrué, alors que le ballottement ou du moins une certaine fluctuation sera sentie en couronne autour de cette partie centrale plus épaisse, on pourra dire : il s'agit d'une insertion vicieuse d'un placenta à lobes inégaux, et que c'est le plus petit lobe qui est inséré sur le col.

Il y a mieux, grâce à la perfection où en est arrivé le palper dans ces dernières années, je dis qu'un praticien habile pourra diagnostiquer si le plus gros lobe placentaire est inséré à droite ou à gauche dans le segment inférieur, la présence indiscutable du fœtus d'un côté et celle d'une masse spongieuse assez forte du côté opposé, ne suffisent-ils pas pour éclairer le diagnostic ? Je ne crois pas, étant prévenu, qu'on puisse s'y tromper ; or, l'hémorragie, pendant la gestation, ne prévient-elle pas suffisamment le praticien pour que son attention soit attirée sur les menus détails que j'énumère.

Ces détails ont bien leur importance, car du diagnostic qui aura été porté dépendra tout le traitement. Avec une perte de moyenne intensité se répétant pour la deuxième ou la troisième fois, le col étant encore complètement fermé, le travail non commencé, et la grossesse dans le dernier mois de son cours, outre les soins indiqués pour toutes les hémorragies légères qui ont dû être donnés précédemment, le tampon, mais le tampon classique, sera appliqué.

C'est ce que j'ai fait dans plus de vingt cas, parmi lesquels celui

(1) American Journal of obst., p. 629.

de mon placenta bilobé, et je n'ai jamais eu qu'à m'applaudir de cette pratique. Pas une fois, je n'ai eu d'accident septique. Si le col est légèrement ouvert, on peut employer le procédé de Puzos, rupture des membranes, les divers ballons hémostatiques, parmi lesquels à noter les sacs violons de Barnes, et, enfin, la pénétration des doigts au-dessus de l'obstacle, par les parties latérales si le col est suffisamment ouvert pour permettre l'arrachement immédiat du petit lobe placentaire et l'extraction du fœtus, soit par les pieds, soit par le forceps suivant le cas.

Telle a été ma conduite dans une observation de placenta prævia partiel à un seul lobe, publiée in *France Médicale*, 1865. Ce placenta était inséré plus sur l'un des côtés de l'utérus que sur l'autre. Je fis l'extraction du fœtus avec le forceps appliqué avec une seule main, par le procédé de Natin, et j'eus le bonheur d'obtenir un enfant vivant, avant que la mère ne soit exsangue, et j'eus ensuite la satisfaction d'assister à sa convalescence.

Mais si les deux lobes sont égaux, le diagnostic sera-t-il aussi facile? Ici je n'oserais l'affirmer, mais je ne désespérais pas encore, en raison de l'importance du traitement. Chacun de ces lobes ne pouvant être bien volumineux laisserait encore la possibilité de l'arrachement rapide avec chance de vie pour le fœtus, quel que soit le procédé d'extraction employé, parce que la moitié du placenta restant adhérent fournit encore à l'enfant des éléments suffisants de vie pendant le reste de l'opération.

Mais il n'en saurait être de même, lorsque dans un cas de placenta désuni, c'est le plus gros disque qui est inséré vicieusement, comme dans le cas communiqué par M. Porak, à la Société de Médecine pratique, en 1888. Celui de Lugeol, commenté par Lefour à la Société de Médecine de Bordeaux (5 avril 1889), bien qu'il n'ait pas donné lieu à une insertion vicieuse, présentait deux lobes à peu près égaux. Dans ce cas-là, outre que le diagnostic est impossible, il est heureusement inutile, car la conduite à tenir sera celle des cas ordinaires de placenta prævia, comme le prescrit M. Auvard.

Quant au petit lobe resté dans l'utérus après l'extraction du fœtus, ou après l'expulsion ou l'enlèvement du gâteau principal, il sortira spontanément avec les annexes restantes. S'il donnait lieu à une perte *post-partum*, il suffirait de vider complètement l'utérus avec la main, ou le curettage suivi d'une injection intra-utérine antiseptique, pour avoir raison de la perte et extraire le corps du délit.

En somme, quel que soit le procédé suivi, le pronostic sera plus

favorable pour la mère et pour l'enfant que dans le cas d'insertion centrale, où l'on est dans l'obligation, soit d'arracher tout le placenta (Simpson), soit de le décoller partiellement (Barnes), soit enfin, de le perforer à son centre par le procédé de Deventer.

Et voilà pourquoi, j'ai insisté près de vous, Messieurs, sur la nécessité d'établir le diagnostic du *placenta prævia bilobé*, soit à *lobes égaux*, soit à *lobes inégaux*, mais avec insertion vicieuse du plus petit des lobes.

M. Guéniot a bien, dans des leçons faites à la Clinique d'accouchements de Paris, en 1873, fait allusion à un procédé d'extraction préconisé par Seyfert, de Prague, et théorisé par le Dr Sirélius, d'Helsingfors, procédé qui consiste à décoller une moitié d'un lobe du placenta supposé bilobé, mais c'était à cette époque une simple vue de l'esprit, aucun fait clinique n'étant encore venu à l'appui. (Paris 1873, p. 21).

Depuis lors, Sack (Langensteinbach) a rencontré un placenta prævia succenturié auquel il a appliqué le traitement de Seyfert, qui n'est pas sans analogie avec celui que je préconise quand le col n'est pas suffisamment dilaté pour qu'on puisse faire l'extraction du fœtus, et que la perte ne nécessite pas l'évacuation rapide de l'utérus. (*Centralb. für gynæc.* 43, 1890, p. 765).

Ce procédé n'ôte rien de la supériorité de ceux employés à Berlin, dans les cas plus graves de placenta prævia central ou latéral, compliqués de présentation de l'épaule.

Il peut donc passer dans la pratique courante pour les cas de placenta prævia bilobé, car les faits sont venus lui donner leur appui, et je serais heureux pour ma part, si, à ce propos, vous daignez accorder quelque attention aux réflexions que j'ai eu l'honneur de soumettre au Congrès.

NOTE : Les faits de placenta bilobés sont plus fréquents chez les mammiphères que chez l'homme. Outre le placenta diffus des bovidés, il y a notamment chez les pithéciens (singes de l'ancien Continent) et chez les cébiens d'Amérique, des dispositions analogues pour ainsi dire à l'état normal.

Aussi, beaucoup de naturalistes se sont-ils prévalus de ces dispositions, pour faire appel, dans l'étiologie des placentas bilobés, à la question d'atavisme.

Tableau résumant les douze observations connues de placenta prævia bilobé désuni.

Nos	NOMS DES AUTEURS	ANNÉES	LIEUX DE PUBLICATION
1	Küncke	1859	Monatschrift f. Geburts, cité par Mundé, in Americ. Journ. of. obstétric. 1882, p. 632. T. XIII, p. 334.
2	Mundé	1882	Ibid., p. 629.
3	Sänger	1885	Centralbl. für Gynæc., p. 486.
4	Verrier	1883	Rev. obs. et gyn., 1886, p. 145
5	Sirelius	1861	On placenta prævia des utreekling och behandlung akad, of Helsingfors.
6	Schuchardt	1863	Monatsch. f. Geb., t. XXI, p. 344.
7	Loviot	1886	Bull. et M. S. obst., Paris, p. 249.
8	Ribemont	1887	An. gynécol., t. XXVII, pp. 17 et 24.
9	Ribemont	»	»
10	Auvard	1887	Trav. d'Obs., 1889, t. II, p. 436.
11	Porak	1888	Soc. de Méd. pratique. S.
12	Porak	»	»
13	Hecker	»	Kliniq der Geb. V. II.
14	Buhl	»	»
15	Sack (Langensteinbach)	1890	Centralb. f. gynæc., nº 3, 1890, p. 765.

Eugène Hubert (Louvain). — Messieurs, je me permets d'attirer votre attention sur un traitement que je recommande, depuis plusieurs années déjà, comme le plus satisfaisant en théorie et le plus heureux en pratique.

La présence du placenta dans l'aire inférieure de la matrice est un accident d'une extrême gravité. Réunissant les statistiques de Simpson, de Charpentier et d'Auvard (1,648 cas), j'ai trouvé que cette *erreur de nature* était funeste à la mère vingt-cinq fois, et à l'enfant soixante-trois fois sur cent. Si l'on ne tient compte que des insertions centrales, le chiffre de la mortalité s'élève même pour la mère à 31 %.

Cliniquement nous admettons deux variétés d'insertion vicieuse : gâteau *sur* le col ; gâteau dans le *voisinage*.

I. *Dans le voisinage.* — La zone dangereuse est, très exactement, toute la portion du pôle inférieur de la matrice qui se *déplace* sous l'influence des contractions du dôme. Au moment d'un resserrement, le placenta se détache, parce que les membranes le tiraillent vers le bas, ou du moins le maintiennent en place, pendant que la surface utérine d'implantation est attirée vers le haut.

Rompre les membranes, comme le conseillait déjà Puzos, c'est enlever la cause, libérer le gâteau et lui permettre de suivre, sans se décoller davantage, le retrait de la surface utérine correspondante, et, lorsque le col est déjà assez ouvert pour permettre la terminaison de l'accouchement, c'est évidemment, en théorie, ce qu'il y a de plus rationnel à faire.

Mais l'hémorragie éclate le plus souvent à un moment où le col n'est encore ni dilaté, ni même effacé, et alors on peut hésiter à déchirer l'œuf, car, si le saignement ne s'arrêtait pas tout de suite, on se trouverait très embarrassé, l'imperméabilité du col ne permettant pas encore de terminer, et l'écoulement des eaux ne permettant plus de tamponner.

D'autre part, l'œuf étant intact, si l'on tamponne le vagin, on arrêtera bien le flux du sang, mais on n'empêchera pas le décollement de s'étendre plus avant, sous l'action des contractions utérines que le tampon excite.

Dans ces conditions, nous avons recours à l'appareil *élytro-cyste*, qui coupe instantanément l'hémorragie et pourvoit à tout.

On peut l'appliquer dès la première manifestation de l'accident : la vessie distendue met aussitôt fin à la perte, pénètre (1) dans la matrice qu'elle excite, bouche les vaisseaux ouverts et, surtout, dilatant rapidement le col, permet, plus tôt que tous les autres moyens, l'emploi des ressources héroïques, la rupture des membranes ou la terminaison de l'accouchement.

II. *Sur le col.* — Que le placenta forme comme un halo concentrique à l'orifice interne, ou qu'il le recouvre seulement par son bord, identiques sont les accidents et identiques aussi sont les moyens à leur opposer.

Le danger commence avec les premières contractions indolores

---

(1) Cette pénétration a été niée : je l'ai démontrée par des expériences et par des faits cliniques. (Voir Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique.)

qui, sollicitant le segment inférieur à remonter, l'œuf, à descendre, rompent les connexions vasculaires des deux surfaces, placentaire et utérine, tiraillées en sens contraires.

Si cette explication est la vraie, l'hémorragie doit éclater *brusquement* vers sept mois, et sans prodromes, puisque la femme n'a pas conscience de ces resserrements indolores. L'hémorragie doit, en outre, être sujette *à récidives* de plus en plus graves, parce que de nouvelles contractions, d'un moment à l'autre, viendront étendre les séparations de surfaces commencées par les premières, et, quand bien même on parviendrait à tenir l'utérus en repos jusqu'à terme, l'hémorragie se reproduira *fatalement* dès les premières douleurs du travail. L'hémorragie est *abondante*, parce que les sinus rompus sont volumineux et non entourés, comme dans l'insertion normale, des faisceaux entrecroisés de la couche musculaire moyenne.

Ces pertes *brusques*, *abondantes*, *répétées* et *inévitables* amènent rapidement l'anémie aiguë ou la mort.

Avant terme. — On est appelé en toute hâte, et au moment où l'on arrive, ou bien l'hémorragie est arrêtée déjà — et combattre l'état syncopal est la première préoccupation du moment — ou bien le sang coule toujours et il est urgent d'empêcher la vie de s'échapper avec lui.

Le tampon classique favorise la formation de caillots obturateurs et les opiacés, en même temps qu'ils combattront les phénomènes de collapsus, empêcheront de nouvelles contractions de produire de nouvelles déchirures.

Le saignement arrêté, spontanément ou par le tampon, le danger immédiat est conjuré.

Mais l'avenir est gros de menaces : on ne peut toujours maintenir la matrice paralysée par l'opium ; l'hémorragie se reproduira donc un jour ou l'autre et, fatalement, au début du travail ; elle deviendra de plus en plus grave ; une nouvelle reprise peut être foudroyante ; il n'est pas certain que les secours arriveront à temps, et la ressource du tamponnement deviendra d'autant plus précaire que les pertes répétées auront rendu le sang plus diffluent.

Il y a donc peut-être mieux à faire que de triompher, pour un moment, des périls de la situation.

L'enfant est viable et, si l'on n'a pas proposé depuis longtemps de le faire naître tout de suite pour l'arracher aux soixante-trois chances de mort sur cent qui l'attendent à terme, n'est-ce pas uniquement parce que tous les moyens dont on disposait augmentaient, avec l'élargissement du col, le décollement placentaire et, par conséquent

aussi, l'abondance de l'écoulement sanguin ? De sorte que l'intervention pouvait paraître n'avoir d'autre résultat que de provoquer sur l'heure des accidents dont l'échéance était éloignée.

Or, avec l'appareil *élytro-cyste* (1) on est maître de la situation : il ouvre le col, sans doute, mais aussi il bouche les vaisseaux au fur et à mesure qu'ils se déchirent. Une précaution à prendre est de décoller du doigt le gâteau d'un côté, pour frayer à la vessie la voie qu'elle doit prendre et l'empêcher de détacher le placenta plus loin qu'il n'est strictement nécessaire. Aussitôt que la nature des douleurs nous apprend que la dilatation est suffisante, nous retirons l'appareil et nous allons chercher *un* pied (2)

Nous possédons 21 observations de placenta prævia traités par l'élytro-cyste; nous les avons publiées dans la *Revue médicale* de Louvain : 12 cas d'insertion centrale ; 12 guérisons : mortalité=zéro, au lieu de 31 °/o ;

9 cas d'insertion latérale ; 7 guérisons : 2 femmes sont mortes, l'une de pleuro-pneumonie, l'autre de septicémie. Sans ces deux accidents, qui ne sont pas imputables à la méthode, nous n'aurions pas de mortalité du tout.

Nous avons perdu 42 enfants sur 100, au lieu de 63.

A terme. — Lorsque le col est suffisamment ouvert, nous allons chercher *un* pied et nous terminons, sans précipitation.

Mais, presque toujours, le sang coule à un moment où le col commence seulement à s'effacer et où la terminaison du travail n'est pas encore possible. Dans ces conditions le tamponnement s'impose, mais le tampon classique, si bien appliqué qu'il soit, se laissera fortement imbiber et n'empêchera pas une hémorragie interne, inter-utéro-placentaire, parce que chaque nouvelle contraction ouvrira de nouveaux vaisseaux, et la vessie animale, dont Chassagny le premier a fait voir les propriétés, est infiniment préférable. Grâce à sa souplesse, à sa fluidité, à la pression, douce ou forte selon le besoin, qu'elle répartit également dans toutes les directions, cette poche des eaux artificielle s'avançant au devant de la poche des eaux naturelle, bouche tous les interstices, ferme les vaisseaux déchirés et

(1) Il se compose d'une vessie animale, ramollie et huilée, qu'on distend sous une pression d'eau et qu'un pessaire à air retient dans le vagin.

(2) Avec les sacs de Barnes la mortalité pour l'enfant a été : *à terme* de 57 °/o ; *avant terme*, de 22 seulement. Pour la mère, l'accouchement *prématuré*, provoqué par des moyens beaucoup plus défectueux que la vessie animale, a donné à Hecker, Hoffmann et Spiegelberg, 136 succès sur 147, soit 93 p. °/o.

comprime les autres, procure l'hémostase absolue, instantanée, sans l'intervention de gros caillots sujets à décomposition, et, surtout, ouvre la voie et permet, plus tôt que tout autre moyen, souvent en moins de trente minutes, de soustraire la mère et l'enfant aux graves dangers qui les menacent.

Gellé (Provins). — L'emploi du ballon dilatateur dans certains cas d'hémorragie grave par insertion vicieuse du placenta, avait été prévu et indiqué par M. Champetier, dans le mémoire qu'il publiait à l'origine en présentant son appareil.

Depuis, un certain nombre d'observations sont venues confirmer cette manière de voir. Récemment, M. Varnier, professeur agrégé à Paris, ancien chef de clinique du professeur Pinard, publiait dans son journal *La Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie* (numéro de mai 1892), une série de sept observations tirées des registres de la Clinique Baudelocque, et montrant quels services pouvait rendre cet instrument; j'ai eu moi-même l'occasion de l'appliquer dans deux cas dont les observations suivent, et c'est la conviction de la grande utilité pratique de ce moyen qui m'a engagé à en faire l'objet d'une communication au Congrès.

Parfois, en effet, le procédé de choix, la large déchirure des membranes, méthode du professeur Pinard, ne suffit pas pour arrêter l'hémorragie; la région fœtale qui doit descendre et faire tampon peut être retenue au détroit supérieur par une cause variable (tumeur fibreuse, rétrécissement du bassin, etc.), ou bien cette région peut, par sa forme (l'épaule, par exemple), ne pas être apte à remplir ce rôle.

Ces complications nécessitaient des manœuvres multiples, souvent très difficiles (abaissement du siège ; version préalable par manœuvres externes, ou bien version bipolaire). L'introduction dans l'œuf rompu du ballon de Champetier supprime ces difficultés opératoires; bien mieux que les sacs de Barnes, et bien plus vite, puisqu'il n'y a qu'une seule introduction à faire, il amènera la dilatation du col tout en comprimant les vaisseaux mis à nu par le décollement du placenta — sa réductibilité permet, en outre, de le glisser à travers un orifice peu dilaté et cette compression qu'il exerce de bas en haut pourra refouler le placenta, parfois expulsé par les parties fœtales qui s'engagent.

Dans une de ses observations (la 4me), M. Varnier a eu recours à un procédé spécial qu'il convient de signaler.

Sans rompre les membranes, mais en les décollant là où il ne sentait pas le placenta, il a pu glisser le ballon entre l'œuf et la paroi utérine, arrêter ainsi l'hémorragie, provoquer des contractions régulières qui ont amené l'accouchement du ballon et alors seulement, la dilatation étant naturellement complète, rompre les membranes et extraire un enfant vivant sans autre complication.

C'est là une heureuse application et sans porter sur ce procédé un jugement définitif, nous pensons qu'il mérite d'attirer l'attention des accoucheurs et d'être expérimenté.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons conclure que : lorsque la large rupture des membranes n'a pas été possible ou suffisante pour arrêter une hémorragie abondante par insertion vicieuse du placenta, l'introduction dans l'œuf rompu du ballon de Champetier, constitue un moyen efficace et facile pour combattre et arrêter les accidents menaçants.

Voici d'abord le résumé des observations de M. Varnier :

I. — 2 octobre 1890. 29 ans, septième grossesse, début inconnu, admise à l'hôpital pour fatigue, y est prise de douleurs, puis d'une hémorragie abondante. M. Pinard introduit le ballon après avoir rompu largement les membranes; l'écoulement sanguin s'arrête; dix-huit heures après légère hémorragie. Tractions légères sur le ballon qui s'engage et réveille les contractions. Il tombe dans le vagin, le fœtus, pesant 580 grammes, le suit puis le placenta pesant 180 grammes. Membranes complètes 25 %.

II. — 19 avril 1891. 34 ans, troisième grossesse, sept mois environ. Il y a quinze jours, légère hémorragie, se reproduit le 19 avril, persiste très abondante malgré une injection antiseptique chaude. M. Pinard rompt les membranes largement, constate la situation très élevée de la partie fœtale, et, craignant la continuation de la perte, introduit le ballon de Champetier. Contractions régulières, au bout de sept heures expulsion du ballon, du fœtus mort, pesant 2,330 grammes et du placenta pesant 450 grammes. Membranes 37 %.

III. — 30 avril 1891. 37 ans, sixième grossesse, huitième mois. Douleurs, puis hémorragie assez abondante. Large rupture des membranes; présence d'un cotylédon ; la perte continuant, introduction du ballon. Expulsion au bout de deux heures et demie; une heure et un quart après l'enfant naît vivant; pèse 2,600 grammes, placenta 490 grammes. Membranes 39 %.

IV. — Deuxième grossesse, huitième mois.

Légère perte il y a deux mois. Cette fois, hémorragie très abondante. Par le toucher on trouve en arrière une tumeur mollasse qui est le placenta. Au niveau de l'orifice interne on perçoit des cotylédons placentaires et on sent les battements du cordon. Rompre les membranes serait s'exposer à une procidence. Dans ces conditions, M. Varnier introduit, là, où il a perçu l'absence du placenta, un ballon qu'il distend, réservant la rupture des membranes.

Au bout de neuf heures dilatation complète ; le ballon est dans le vagin. Rupture des membranes. Version podalique. Extraction d'un enfant vivant pesant 3,380 grammes. Le placenta seul pesait 490 grammes.

V. — 28 octobre 1891. X..., primipare, septième mois environ.

Pertes répétées; hémorragie plus considérable. Introduction du ballon après avoir remonté la tête qui poussait le placenta dans le col. Au bout de trois heures expulsion suivie d'une hémorragie assez abondante arrêtée par des injections vaginales chaudes, puis par un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée. Enfant pesant 1,930 grammes, meurt le lendemain à la couveuse.

VI. — 27 décembre 1891. X..., deuxième grossesse, septième mois.

Depuis cinq mois pertes répétées plusieurs fois. En dernier lieu hémorragie très abondante.

Déchirure des membranes puis introduction du ballon ; au bout de quatre heures dilatation complète. Enlèvement du ballon ; hémorragie légère. Version podalique. Enfant vivant pesant 1,470 grammes. Placenta 370 grammes.

VII. — 31 janvier. Septième grossesse, huitième mois. L'utérus porte plusieurs fibrômes. Température à l'entrée 39°3. Vagin rempli de caillots ; la femme doit avoir perdu les eaux. Introduction du ballon de Champelier, deux heures et demie après, expulsion ; accouchement d'un enfant mort. Suites pathologiques. Irrigation continue. Mort le troisième jour de septicémie.

VIII. — Observation personnelle. 16 janvier 1890. 32 ans, troisième grossesse, huitième mois. Perte légère il y a trois mois. Subitement hémorragie abondante. Présentation du siège très haut situé. Rupture des membranes. Introduction du ballon ; expulsé deux heures après. Une heure plus tard, enfant vivant et fort. Après la délivrance légère hémorragie arrêtée par une injection chaude.

Le 16 janvier 1890, je suis appelé dans la nuit auprès de Mme R..., enceinte pour la troisième fois et au huitième mois de sa grossesse. Celle-ci a été un peu plus pénible que les deux premières qui se sont toutes deux terminées normalement, les enfants âgés de 5 et de 3 ans sont encore vivants.

Il y a trois mois, léger écoulement sanguin. Une sage-femme, consultée, conseille le repos qui suffit pour arrêter cette perte après quatre ou cinq jours. Depuis midi, c'est-à-dire depuis dix heures, cette femme souffre, perd du sang, modérément d'abord, mais depuis deux heures abondamment, en même temps que les douleurs devenaient moins fortes. A mon arrivée auprès d'elle je trouve la malade très affaiblie et très effrayée; la palpation permet de reconnaître qu'il s'agit d'une présentation du siège en gauche transversale. A l'auscultation les bruits du cœur du fœtus sont encore forts et réguliers.

Après avoir débarrassé le vagin de caillots volumineux, et en avoir fait l'antisepsie, on constate que le col est entr'ouvert, le doigt y pénètre facilement, mais ne sent rien. Portant alors l'index aussi haut et en avant que possible, je déchire les membranes et, après l'écoulement d'une certaine quantité de liquide, j'introduis le ballon de Champetier, qui est distendu au maximum.

L'hémorragie s'arrête rapidement; les douleurs deviennent intenses et régulières, et à une heure du matin le ballon tombe dans le vagin; on l'en retire; le siège est engagé; à deux heures l'accouchement se termine. L'enfant est rapidement ranimé. Le placenta suit presque aussitôt. A ce moment survient une légère hémorragie, arrêtée par une injection vaginale chaude; deux injections d'ergotine sont pratiquées ensuite.

Suites des couches normales; la femme se lève au seizième jour, ne perdant plus de sang.

IX. — Observation personnelle. Septembre 1891. Primipare, 22 ans, septième mois. Première hémorragie, d'emblée considérable. Déchirure très difficile des membranes. Introduction du ballon; deux heures après, expulsion à la suite de violentes douleurs. Enfant petit et mort; puis placenta. Suites des couches normales.

Au mois de septembre 1891, je suis appelé auprès de Mme M....., primipare, âgée de 22 ans, enceinte de sept mois, qui, depuis quelques instants, perd une grande quantité de sang.

En effet, arrivé aussitôt auprès de cette dame, je la trouve étendue au milieu d'une mare de sang considérable, présentant tous les signes d'une hémorragie grave (pouls petit, tendance syncopale). Absences de douleurs et de contractions utérines. Bien portante pendant toute

la durée de sa grossesse, sauf quelques vomissements au début ; c'est le premier accident qui se soit montré et l'entourage de la malade l'attribue à un voyage en voiture fait la veille.

Nettoyage et irrigation du vagin qui est rempli de gros caillots. Le col est très mou et laisse pénétrer l'extrémité du doigt. La tête, inaccessible, se trouve, par la palpation, en haut dans la fosse iliaque gauche. Le segment inférieur paraît rempli d'une masse molle et épaisse que je pense être le placenta. J'ai beaucoup de peine à déchirer les membranes et j'arrive à introduire le ballon que je ne puis distendre qu'à moitié. Néanmoins l'hémorragie s'arrête ; des contractions se produisent, et, au bout de deux heures, le ballon est retiré du vagin, bientôt suivi d'un enfant petit et mort. Quelques instants plus tard, le placenta est expulsé sans incidents. Suites normales. Lever au vingtième jour.

Après réponse faite par M. Berry Hart à ces communications, la séance est levée à 12 heures.



SÉANCE DU SAMEDI 17 SEPTEMBRE 1892

2 HEURES APRÈS MIDI

Présidence de M. le professeur CHARLES

COMMUNICATIONS DIVERSES

KYSTE DE L'OVAIRE COMPLIQUANT UNE GROSSESSE A TERME ET METTANT OBSTACLE A L'ACCOUCHEMENT. OPÉRATION DE PORRO AVEC OVARIOTOMIE. — GUÉRISON

par M. **Debaisieux** (Louvain).

Le cas que j'ai l'honneur de vous soumettre n'a peut-être d'autre intérêt que son assez grande rareté. Il s'agit d'un kyste de l'ovaire compliquant une grossesse et constituant par son siège un obstacle insurmontable à l'accouchement naturel. Je pratiquai l'opération de Porro en même temps que l'ovariotomie et j'eus la satisfaction de sauver la mère et l'enfant qui jouissent tous deux aujourd'hui de la meilleure santé.

Mme X.., 40 ans, mariée à l'âge de 20 ans, a un fils de 18 ans et une fille de 16. Deux autres enfants sont morts en bas-âge. Elle a eu deux avortements.

Il y a environ deux ans que M. le Dr Janssens, médecin habituel de Mme X.., constata, par le toucher vaginal, l'existence d'une tumeur rénitente, fixe, étroitement appliquée contre la face postérieure de l'utérus et qui fut prise pour un fibro-myôme de cet organe. Dernièrement Mme X... devint enceinte. Elle était au quatrième mois de sa

grossesse lorsque M. le Dr Janssens, préoccupé des complications que l'existence de la tumeur pourrait occasionner au moment de l'accouchement, me demanda de voir la malade avec lui.

Je constatai, comme mon confrère l'avait fait avant moi, outre les signes évidents d'une grossesse, l'existence d'une tumeur dure, qui pouvait avoir le volume d'un gros poing d'adulte et qui se sentait par le toucher vaginal, au-dessus du cul-de-sac postérieur, en rapport intime avec l'utérus. La matrice, déjà développée, ne permettait pas d'atteindre la tumeur par le palper abdominal. Je ne fis aucune difficulté d'admettre qu'il s'agissait d'un corps fibreux de la paroi postérieure de l'utérus et nous convînmes d'attendre les évènements. Peut-être la matrice, en se développant, ferait-elle remonter le fibrôme au point de dégager le détroit supérieur et de permettre le passage de l'enfant ; dans le cas contraire, nous aurions recours, lorsque le terme de la grossesse serait arrivé, à l'extraction de l'enfant par la voie abdominale, suivie de l'amputation supra-vaginale de l'utérus.

La grossesse suivit son cours sans incident. Le dimanche de Pâques, 17 avril 1892, à sept heures du soir, commencèrent les premières douleurs. Le moment eut été mal choisi pour agir et le médecin traitant ralentit le travail en pratiquant une piqûre de morphine. Le lundi, vers dix heures du matin, les eaux s'écoulent. Je ne puis voir la malade qu'à midi et je constate que la tumeur est toujours là, en arrière de l'utérus, s'opposant à la dilatation du col et barrant le passage à la tête de l'enfant. Sa fixité est absolue. Aussi, décidons-nous de ne pratiquer aucune tentative par les voies naturelles, persuadés qu'elles ne feraient qu'aggraver la situation, mais de procéder sans retard à l'extraction de l'enfant et à l'amputation supra-vaginale de l'utérus par la laparotomie. L'opération a lieu le jour même, à trois heures, par conséquent vingt heures après le début du travail.

Incision de 12 centimètres entre l'ombilic et le pubis. J'arrive rapidement sur l'utérus; la plaie pariétale saigne peu. J'incise l'utérus verticalement en regard de la plaie abdominale : un bras se présente, mais sans m'en occuper davantage, je vais saisir la tête de l'enfant qui occupe le segment inférieur de la matrice et je l'attire au dehors. Section du cordon entre deux ligatures. Extraction de l'enfant en état d'asphyxie, respirant à peine, mais vivant; il est confié à la garde et à des aides qui s'appliquent à le ranimer.

Après m'être rapidement lavé les mains, j'introduis l'une d'elles dans l'abdomen, derrière l'utérus que j'attire sans peine à l'extérieur,

grâce au relâchement des ligaments larges produit par la grossesse. Une corde en caoutchouc est jetée sur cet organe, au-dessous de l'incision qui a livré passage à l'enfant. Des compresses-éponges, régulièrement disposées autour de l'utérus sorti, empêchent l'issue, au dehors, des intestins et la pénétration du sang dans le péritoine.

Section de l'utérus à 2 centimètres environ au-dessus de la corde en caoutchouc. Attouchement du pédicule avec une solution forte de sublimé. Je coupe ensuite les deux bouts de la corde en caoutchouc à quelques millimètres du fil de soie qui les tient serrés et je laisse rentrer le pédicule; les deux chefs du fil de soie, laissés longs, sont ramenés dans l'angle déclive de la plaie abdominale; ils serviront plus tard à retirer le lien constricteur.

A mon grand étonnement, il n'y a aucune apparence de fibrôme sur le segment d'utérus enlevé; or, j'ai excisé cet organe presque tout entier. D'autre part, après l'ouverture du péritoine et avant d'inciser la matrice, j'ai constaté l'existence, dans la cavité péritonéale, d'une certaine quantité d'un liquide épais, gélatineux, comme du blanc d'œuf à demi coagulé; du liquide semblable s'échappe encore en ce moment. Est-ce que peut-être il s'agirait d'un kyste rompu dans le péritoine? J'introduis la main et je constate, en effet, derrière le pédicule utérin sectionné, l'existence d'une tumeur kystique que j'attire au dehors. C'est bien un kyste multiloculaire de l'ovaire dont une loge s'est rompue pendant le travail; la partie restante, qui se compose encore de cinq ou six poches, à contenu variable, présente le volume des deux poings; elle est retenue par un pédicule très court et assez large. Une loge, contenant une matière épaisse comme de la crème, se rompt encore pendant les tractions que j'opère pour avoir la tumeur au dehors. Ligature du pédicule en deux faisceaux avec de la soie, et section à 1 centimètre au-dessus.

Toilette rapide du péritoine. Réunion des trois quarts supérieurs de la plaie abdominale par cinq sutures profondes et huit sutures superficielles au fil de soie. Par la partie inférieure et non réunie de la plaie, j'introduis, à la façon de Mikulicz, un sac de gaze iodoformée jusque contre le pédicule utérin, réduit, et je remplis ce sac de longues lanières de la même gaze. Pansement superficiel avec de la gaze iodoformée, des coussins de *holzwölle* au sublimé, de la ouate antiseptique et un bandage de corps. La malade, qui a perdu peu de sang, a fort bien supporté l'opération. Celle-ci n'a pas duré trois quarts d'heure.

Les suites immédiates sont des plus favorables : pouls 80 à 90,

température oscillant entre 36,8 le matin et 37,5 le soir, facies excellent, évacuations gazeuses régulières, ni ballonnement, ni douleur. Le pansement superficiel est renouvelé chaque jour, mais le tamponnement intra-abdominal n'est levé qu'au huitième jour. A partir de ce moment, on est forcé de pratiquer deux pansements quotidiens, car l'écoulement sanieux est assez abondant. Chaque fois l'on pratique une irrigation légère au permanganate de potasse, suivie d'une irrigation boriquée ; des lambeaux de tissu sphacélé ressortent avec le liquide de l'injection.

Le 1er mai, la scène change : depuis quatre jours la malade n'a plus évacué ni selles, ni gaz, mais seulement un liquide glaireux ; l'appétit est nul, il y a quelques nausées ; cependant la température ne dépasse pas 38°, le pouls est à 110, le facies reste bon. Evidemment, nous avons affaire à des phénomènes d'obstruction intestinale ; reste à en découvrir la cause. Je pratique le toucher vaginal et je constate en arrière, au niveau du cul-de-sac de Douglas, une tuméfaction notable, assez ferme ; par le toucher rectal, je retrouve en avant la même tuméfaction, plus apparente encore que par le vagin.

Le 4 mai, le ballonnement du ventre s'est accru, il y a eu un vomissement verdâtre, rien n'est évacué par l'anus, la situation devient critique. La tuméfaction, que le toucher m'a fait constater dans le cul-de-sac de Douglas, a encore augmenté. Est-ce un abcès? Est-ce une hématocèle? Cette dernière supposition semble la plus vraisemblable, vu le peu d'intensité des phénomènes fébriles, et, dans la pensée que cette tumeur constitue probablement l'obstacle au cours des matières par la compression qu'elle exerce sur les anses intestinales voisines, je crois indiqué de l'évacuer. Je puis l'atteindre de trois manières : par le vagin, par le rectum et par le périnée, après dédoublement du septum recto-vaginal. Je me décide pour la voie rectale, parce que c'est de ce côté que la tumeur bombe le plus et semble vouloir se créer une issue, sans me dissimuler que c'est aussi la voie la plus dangereuse au point de vue de l'infection. J'introduis donc par l'anus, sur le doigt servant de conducteur, l'aiguille creuse d'un appareil de Dieulafoy et je la pousse au centre de la tuméfaction. Aspiration d'un demi litre de sang vieux, presque pur, nullement odorant et qui ne paraît pas septique. Cette évacuation eut lieu à onze heures du matin ; à trois heures de l'après-midi survint une grande débâcle. La malade rendit des quantités énormes de selles et de gaz ; le ventre s'affaissa rapidement ; un grand soulagement s'ensuivit.

Dès ce jour l'amélioration fut rapide : les garde-robes sont régulières, l'appétit renaît, les forces reviennent. Le 17 mai, la corde en caoutchouc est retirée, par l'intermédiaire du fil de soie qui s'y trouvait fixé, et, avec elle, la portion du pédicule située au-dessus. L'opérée quitte l'hôpital quelques jours après. Je la revois en juillet : jamais la santé n'a été aussi florissante, l'embonpoint est revenu, les malaises nerveux auxquels la malade était sujette avant son opération n'ont plus reparu. La santé de l'enfant est également parfaite.

Je n'ajouterai que quelques mots à l'observation qui précède :

1° Il est évident que si, au quatrième mois de la grossesse, lorsque je vis l'opérée pour la première fois, j'avais pu reconnaître la nature kystique de la tumeur, j'aurais mieux fait de recourir tout simplement à l'ovariotomie, sans toucher à l'utérus. Les cas d'ovariotomies pratiquées avec succès pendant la grossesse ne se comptent plus aujourd'hui. Mais ce diagnostic eut été bien difficile : la fermeté de la tumeur dans laquelle on ne percevait aucune apparence de fluctuation, ses rapports intimes avec l'utérus, derrière lequel elle se trouvait appliquée, son absolue fixité, sa forme régulière, la grande lenteur de son développement évoquaient immédiatement dans l'esprit l'idée d'un fibrôme; le cathétérisme utérin seul eut pu démontrer qu'elle était étrangère à la matrice et l'état de grossesse m'interdisait d'y recourir ;

2° Au lieu de fixer le pédicule utérin dans l'angle inférieur de la plaie, suivant la pratique la plus généralement suivie, j'ai préféré le rentrer dans la cavité pelvienne, tout en assurant le drainage par un tamponnement à la gaze iodoformée. Ce mode de traitement du pédicule m'a plusieurs fois réussi après l'hystérectomie abdominale pour fibro-myôme. J'avais d'autant plus de raison d'y recourir ici qu'il existait derrière le pédicule utérin un second pédicule appartenant au kyste de l'ovaire enlevé. Cette pratique me paraît bonne, mais je ne possède pas un nombre suffisant d'observations pour pouvoir affirmer qu'elle soit supérieure à la fixation abdominale du pédicule ;

3° L'apparition d'une hématocèle péritonéale, douze jours environ après l'opération, s'explique sans doute par la section rapide du tissu utérin ramolli sous l'action constrictive du lien de caoutchouc et par le suintement sanguin qui s'en est suivi. Il est intéressant de constater qu'une simple ponction aspiratrice avec l'appareil de Dieulafoy a pu avoir raison de cette complication et faire cesser en même temps l'obstruction intestinale qui mettait prochainement en danger la vie de l'opérée.

EIN FALL VON SARCOMA CHORION (DECIDUO CELLULARE) DURCH VAGINALE UTERUS-EXTIRPATION GEHEILT

von Dr **Sigmund Gottschalk** (Berlin).

Es ist ein Verdienst von *Sänger* (1), in Jahre 1889 auf einen bis dahin unbekannten Typus decidualer Geschwülste, das maligne, metastasirende deciduale Sarcom (Deciduoma malignum Mayer's) hingewiesen zu haben. Aehnliche Fälle haben *Pfeifer* (2), *Chiari* (3), *Peter Müller* (4) publicirt, die sämmtlich gleich dem *Sänger*'schen Falle in 6-9 Monaten unter allgemeiner Metastasenbildung, speciell in den Lungen localisirt, tödtlich endeten. Kein einziger Fall war bisher an der Lebenden richtig erkannt worden.

Der Fall, den ich mir hier zu demonstriren erlaube, hat das doppelte Interesse, der erste Fall der Art zu sein, welcher an der Lebenden diagnosticirt und uf Grund dieser Diagnose durch vaginale Total-extirpation des Uterus und der Adnexa wenigstens vorläufig zur Heilung gebracht wurde.

Sie werden in Folgendem sehen, dass zwar histogenetisch mein Fall mit dem *Sänger*'schen nicht übereinstimt, insofern er eine gauz neue Krankheit der Placentarzotten kennen lehrt, naemlich eine maligne, zellige Neubildung derselben, während das Sarcoma deciduale Sänger's von der Decidua serotina ausgegangen ist. Trotzdem scheinen beide Erkrankungsformen der Placentarstelle aus klinischen Gründen in Zusammenhang gebracht werden zu müssen.

Der von mir beobachtete Fall betrifft eine 42 j. bis dahin gesunde Frau, welche 2 × normal ausgetragen und 3 × vordem abortirt hatte. Die jetzige Schwangerschaft datiit seit December 1891. Dieselbe verlief ziemlich normal bis zum 10 Februar. Patientin bekam an diesem Tage eine sehr starke Blutung, die bis zum 18. Februar andauert und den Hausarzt der Kranken veranlasst, den uterus mit dem scharfen Löffel auszukratzen. Wohl in Folge dieser Auskratzung Erweiterung der Cervix, die eine manuelle Entfernung der im

(1) *Centralblatt für Gynäkologie* 8/89 und Verhandl. des IV deutschen Gynäkologen Congresses in Bonn.
(2) *Prager med. Wochenschrift* 26/90.
(3) *Wiener med. Jahrbücher*, 1877.
(4) *Verhandl. des IV deutschen Gynäkologen Congresses* in Bonn, 1891.

Fundus an der vorderen Wand und in der rechten Kante haftenden Placenta ermöglicht.

Danach leidliches Wohlbefinden ; bis zum 18 April keine Blutung, nur seröse Ausscheidungen.

Vom 18. April ab setzen die Blutungen wieder gleich heftig ein und werden fast unstillbar. Patientin begibt sich in die Behandlung eines anderen Berliner Gynäkologen, der, ohne zu dilatiren, eine zweite Auskratzung vornimmt und an dieselbe eine 7 wöchentliche, gänzlich erfolglose intra-uterine Behandlung anschliefst. Die Patientin wird während dieser Behandlung zusehends elender.

Am 24. Juni wird Patientin von einer so heftigen Blutung befallen, dass sie ohnmächtig wird. Ein rasch hinzugeholter 3. Arzt findet den vergrösserten Uterus für den Finger zugänglich und das Cavum uteri ganz mit scheinbar Placentarmassen angefüllt, welche im fundus und in der rechten Kante sitzen. Dieselben werden entfernt, die Gebärmutter wird hinterher zum III. Male ausgekratzt und mit Iodoformgaze tamponirt. Nach 14 tägiger Pause Wiederkehr der Blutungen. Die Anaemie wird immer grösser, starke Oedeme in der Knöchelgegend; Hustenparo xysmen und häufiges, fast unstillbares Erbrechen.

Am 23. juli werde ich zugezogen. Ich aeussere sofort Verdacht auf ein malignes Deciduom, dilatire den Uterus mit einem Laminariastift und finde bei der manuellen Austastung des Uteruscavum die Placentarstelle mit mässig weichen, bis haselnussgrossen, dunkelrothen Geschwulstmassen dicht besetzt, welche unregelmässig zottig in die Höhle hineinragen und ganz in der Tiefe der Musculatur mehr oder minder fest haften. Nach Entfernung der oberflächlich sitzenden Massen, gelingt es ganz aus der Tiefe der Wand heraus immer wieder neue Geschwulst bröckel, alle ziemlich von gleichem Ausschen, gleichsam mit dem Fingernagel heraus zugraben. Unter meinem Finger bilden sich auf diese weise Defecte in der Uteruswand, die, wenn ich diese Ausräumung weiter sehr forcirt hätte, an der cinen oder anderen Stelle eine Perforation hätten zu Folge haben können.

Aeusserlich haben die entfernten Massen vielfach einige Achnlichkeit mit den Gebilden einer Mole. Insofern mehrere centimeter lange, plumpe Zottenstämme keulenförmig anschwellend unmittelbar in die bis haselnungrosse Geschwülstchen übergehen. Auf dem Durchschnitt erkennt man aber sofort, dass wir es hier mit soliden Geschwülstchen, keinem Myxoma zu thun haben.

Die mikroskopische Untersuchung dieser Geschwulstmassen führte mich zur Diagnose : *Sarcom der Placentarzotten*. Die Geschwulstmassen

sind zum kleineren Theile — es sind das die oberflächlich haftenden — nekrobiotisch, zum grösseren Theile erweisen sie sich aus gewucherten Placentarzotten zusammen gesetzt, die nicht selten mitten in der Musculatur sitzen und auf deren Kosten ganze Nester bilden. Die Zottenstructur ist deutlich; jedoch erweisen sich diese Zotten wesentlich verändert : An dem Stroma fehlen die Schleimsubstanz und die Gefässe vollständig. Das Zottenstroma wird ganz von auffallend grossen, protoplasmareichen, grosskernigen, mehr oder weniger rundlichen Zellen gebildet, welche dicht bei einander liegen und sich auf dem Querschnitt wie zu Zellennestern gruppirt ausnehmen.

In gleicher Weise ist auch das Zottenepithel stark verändert; dasselbe ist sehr verdickt, die in dem breiten Protoplasmasaume gelegenen Epithelkerne sind sehr gross und färben sich sehr gut; in diesen Kernen sind kreisrunde Kernkörperchen sichtbar. Die Zellen des Zottenepithels sind noch grösser als die Zellen im Stroma, sie sind ein-oder auch mehrkernige Riesenzellen. Stromazellen und Epithelzellen wuchern gemeinschaftlich oder auch stellenweisse getrennt schrankenlos in die Tiefe. Die Schleimhaut in unmittelbarer Um gebung des Geschwulstbettes sehr gereizt. Auf Grund dieser mikroskopisch von mir gestellten Diagnose entferne ich am 16. August Uterus und Anhänge per vaginam. Die Operation war durch die Erscheinungen einer foudroyanten Sepsis, welche im Anschluss an eine 2. Dilatation der Cervix wenige Tage vor der Operation acut einsetzte, complizirt. Bishdahin war die Krankheit ohne Fieber verlaufen. Trotz dieser ungünstigen Complication übersteht Patientin die Operation. Das Fieber und die Allgemeinsymptome schwinden wie mit einem Schlage. Pat. ist von dem operativen Eingriff glatt genesen; sie hat sich auch einigermassen schon erholt, die Körperkräfte kehren allmä hlich wieder. Freilich können wir in Anbetracht der kurzen Zeit, welche seit der Operation verflossen ist, noch nicht von einer definitiven Heilung sprechen um so weniger, als ich die Krauke ja schon relativ spät, im 5. Monate nach dem Abort, in Behandlung bekommen habe. Es bleibt also abzuwarten, ob sich nicht doch noch Metastasen zeigen werden (1).

Der extirpirte Uterus ist, wie Sie sehen, in allen Durchmessern sehr vergrössert, seine Höhle misst 16 cm in der Länge. Die peritoneale

---

(1) *Anmerkung bei der Correctur* : Patientin ist inzwischen 7 Monate nach der Operation infolge multipler Metastasen in beiden Lungen, rechter Niere, Gehirn und Milz verstorben, *auch die Metastasen bestanden aus sarcomatösen Zotten* und waren von Blut herden durchsetzt.

Oberfläche ist gleichmässig glatt, ebenso die Schleimhaut, soweit dieselbe noch in der unteren Hälfte erhalten ist.

Dort wo die Geschwulstmassen sitzen, fehlt die Schleimhaut vollständig, sie ist längst zerstört und an ihrer Stelle finden sich diffus aufsitzende, unregelmässig zottige, hochrothe, mässig weiche Excrescenzen, welche in das Cavum uteri vorspringen und gleichzeitig in die Tiefe der Wandung, diese zerstörend, hineingewuchert sind. Während die Wand der Gebärmutter an den gesunden Stellen auffallend verdickt erscheint infolge der Hyperplasie der Musculatur (bis zu 4,5 cm.), ist sie am Fundus von der Neubildung stark usurirt, stellenweise bis auf wenige millimeter, so dass nur wenig fehlte, und die Wand wäre hier ganz perforirt gewesen. *Intra mural* findet sich in der vorderen Wand ein etwa haselnuss grosser, scharf begrenzter Geschwulstknoten von der gleichen Beschaffenheit wie die oberflächlichen Geschwulstmassen, mit welchen er durch mehrere, schon makroskopisch als solche erkennbare Zottenstämme zusammenhängt.

Aus dieser Stelle ist klar ersichtlich, dass der destruirende Process *in der Tiefe der Muskulatur* fortschreitet. Auf den ersten Blick erkennt man an dem vorliegenden Präparat, dass die Neubildung nicht grosse Neigung zur flächenhaften Ausbreitung besitzt, sondern dass sie sich wesentlich auf die usprüngliche Placentarstelle und deren unmittelbare Umgebung beschänkt zeigt.

Das zellige Sarcom des Placentarzotten gleicht bezûglich des klinischen Krankheitsbildes vielfach der von *Volkmann Tarotsky.*

Waldeyer, *Krieger* beschriebenen destruirenden Molenbildung. Nur scheint das zellige Sarcom noch bösartiger zu sein, weil es sich dabei nicht um ein Myxom *sondern eine rein zellige Neubildung* handelt. Es ist die Annahme nicht von der Hand zu weisen, dass ein derartiges zelliges Sarcom leicht zu Metastasenbildung auf dem Wege der Blutbahnen führen wird (1). Die malignen Zotten wachsen nämlich gleich den normalen in die grossen Venen an der Placentarstelle hinein und dringen von diesen aus, die Gefässwand zerstörend, in die Muskulatur vor.

Es ist deshalb von der grössten Wichtigkeit, dass die Krankheit möglichst in Beginne erkannt wird, zu diesen Zwecke muss man in allen verdächtigen Fällen so vorgehen, wie es von mir hier geschehen ist. Die Diagnose lässt sich mikroskopisch an der Hand *manuell*

(1) Ist ja inzwischen geschehen.

ausgeräumter Geschwulstmassen stellen. Ich perhorrescire in derartigen Fällen die einfachen Auskratzungen, dieselben sind gefährlich und lassen uns über den localen Befund im uterus im Unklaren.

Die Therapie kann nur die sein, welche ich hier befolgt habe. Man muss das erkrankte Organ radical entfernen je früher, desto besser.

Wir kennen durch die vorliegende Mittheilung zwei verschiedene maligne Erkrankungen der Placentarstelle, die eine Form, auf welche *Sänger* hingewiesen hat, geht von den mütterlichen Theilen, der decidua serotina, aus, die zweite, hier von mir beschriebene, nimmt dagegen von den Placentarzotten ihren Ausgang. Es erscheint mir nicht unwahrscheinlich, dass der eine oder andere der bisher als Deciduoma malignum beschriebenen Fälle dem meinigen analog ist, so sicherlich der Fall von *Peter Müller*.

Auf die Unterschiede, welche zwischen dem Sarcoma chorion und den von *Kahlden*, *Mayer*, *Zahn* beschiebenen Fällen von destruirenden Placentarpolypen bestehen, will ich aus Mangel an Zeit hier nicht näher eingehen. Ich werde das in der ausführlichen Arbeit über-den vorliegenden Gegenstand, die voraussichtlich im Archiv fur Gynäkologie erscheinen wird, nachholen.

DER LIQUOR AMON. ERGOTINIC. (VOSSWINKEL)

Herr **Gottschalk** (Berlin).

M. H. ! Ich gestatte mir, Ihre Aufmerksamkeit auf ein neues Ergotinpräparat zu lenken, welches bei prompter Wirkung sich durch seine Dauerhaftigkeit auszeichnet. Durch das Thier experiment, an Hähnen, habe ich feststellen können, dass der Liquor amon, ergotinic (Vosswinkel) erst in weit grässeren Dosen toxisch wirkt als das officinelle Ergotin der Pharmacopoea German.

Das Präparat ist von dem Apotheker *Vosswinkel* in folgender Weise gewonnen worden :

Gepulvertes, entöltes Mutterkorn wird mit Wasser erschöpft. Der eingeengte Auszug wird von Kohle hydraten befreit.

Das Filtrat wird dann mit verdünnten Saüren behandelt und das Reactions produkt mit kohlensaurem Kalk neutralisirt. Sodann unter-

wirft man das Ganze der Dialyse, dampft ein und lässt auskrystallisiren. Man erhält alsdann das Kalksalz einer Saüre. Ergotinsäure : Dieselbe krystallisirt in zu Büscheln gruppirten Nadeln.

Durch Behandeln mit schwefelsaurem Ammoniak wird das Amoniaksalz hergestellt. 0,03 des Liquor = 1,0 Secal. cornut.

Ich habe das Präparat seit über 6 Monaten in Gebrauch und bin mit demselben andauernd zufrieden. Ich will hervorheben, dass ich dasselbe mit gutem Erfolge und ohne üble Nebenwirkung auch einige Male gegen Wehenschwäche in der Austreibungsperiode angewandt habe.

Ich glaube, Ihnen das Präparat empfehlen zu können.

REMARQUES CLINIQUES ET OPÉRATOIRES SUR QUINZE CAS DE RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS RONDS

par M. **Cittadini** (Bruxelles).

J'ai l'honneur de soumettre à l'examen critique des membres du Congrès quelques considérations sur le raccourcissement des ligaments ronds. J'ai pratiqué cette opération quinze fois (1) avec un succès constant, et les faits m'ont imposé en sa faveur une telle conviction que je ne puis comprendre qu'elle rencontre tant d'indifférence et, le dirais-je, tant d'antipathie; suivant le tempérament chirurgical de ceux qui lui sont opposés, elle a soulevé des griefs de genre bien différents. Certains, ennemis des interventions sanglantes, voient en elle un acte chirurgical inutile et superflu : son application à la cure des rétro-déviations mobiles est injustifiée, cet état de l'utérus n'ayant en lui-même rien de pathologique, et ne revendiquant au surplus dans la pathogénie des symptômes, s'il y en a, qu'une influence très restreinte. A ceux-là, en pareille occurence, l'abstention suffit, ou s'ils jugent nécessaire d'intervenir c'est, soit par l'application du pessaire, soit par le simple traitement d'une endométrite concomitante.

Les autres, opérateurs brillants, estiment qu'une laparotomie, suivie

(1) Je l'ai pratiqué dix fois depuis, et les résultats que j'en obtiens ne font qu'assurer mon opinion à son sujet.

ou non d'hystéropexie, est bientôt faite et bien anodine, que c'est vraiment pécher par excès de timidité que d'hésiter à l'appliquer même en dehors des cas où s'impose une intervention immédiate sur les annexes ou le péritoine pelvien (castration, libération d'adhérences).

A priori, n'est-il pas permis de dire que ces opinions, l'une dans son inertie, l'autre dans son audace, ont quelque chose d'excessif? Et n'est-il pas possible de prendre à chacune d'elle sa portion de vérité, les conciliant en une opinion moyenne qui a grande chance d'être plus juste ?

Je n'ai pas pour but de faire ici œuvre de polémiste. Je demanderai simplement aux partisans de l'abstention, et aux partisans des pessaires, si leur pratique leur a toujours donné toutes les satisfactions désirables. En renvoyant de leur clinique une femme de la classe laborieuse atteinte de rétro-déviation douloureuse, ou de début de descente utérine, après lui avoir appliqué l'anneau, ont-ils la conscience d'avoir fait œuvre vraiment salutaire, curative et définitive? Et combien en est-il, des malades ainsi traitées, auxquelles le praticien puisse dire un jour : « Vous êtes guérie, vous pouvez désormais vous passer de mon aide ». Et la majorité d'entre elles n'échappe-t-elle pas au traitement, parce que, de guerre lasse, elles renoncent à la partie?

Dans d'autres cas s'ils jugent une intervention sanglante nécessaire, telles que le curage, l'amputation du col, les opérations de plastique vagino-périnéale, ces opérations suffisent-elles toujours à la cure des symptômes. Ne leur est-il pas arrivé de constater combien l'endométrite récidive facilement dans un utérus rétrofléchi. Un utérus en rétroversion avec légère descente, provoquant chez la malade de vives douleurs lombaires et la sensation de prolapsus génital sera-t-il guéri pour avoir été curetté et privé d'une portion du col? Ou n'est-ce pas plutôt une amélioration passagère qu'on obtient de cette façon, si bien que plus tard, il faut bien songer à fixer l'utérus? Ne valait-il pas mieux dans ce cas faire d'emblée tout ce qu'il y avait à faire et en même temps qu'on enlevait une muqueuse malade, qu'on retrécissait un vagin prolabé, qu'on restaurait un périnée déchiré; n'était-il pas indiqué d'attaquer directement le déplacement par une opération anodine au même titre que les précédentes et dont le seul inconvénient est de prolonger l'acte opératoire : l'idéal de la « restitutio ad integrum » obtenu ainsi d'emblée, n'est-il pas vraiment chose désirable? Et peut-on blâmer celui qui, sans marchander son temps ni ses peines, tentera de réaliser ce but?

Je n'ai en vue ici que ces cas relativement fréquents, d'utérus

rétro-dévié, mobile, atteint de catarrhe avec lésions contingentes du côté du col, du vagin et du périnée.

Quant aux rétro-déviations simples, non douloureuses, sans symptômes, constatées accidentellement, nul ne songe à leur appliquer un traitement quelconque. En dehors des cas où il paraîtrait en résulter de la stérilité, ce serait du zèle bien mal compris que de s'en occuper.

Envisageons aussi l'opinion des praticiens qui appliquent la laparotomie à la cure des déviations douloureuses, mobiles ou non (1).

Qu'on ouvre le ventre dans les cas où de sérieuses lésions annexielles des adhérences péritonéales résistantes compliquent la rétro-déviation, rien de plus juste : la laparotomie dans ces cas est légitime, parce qu'elle est nécessaire ; mais que, se basant sur la difficulté qu'il y a parfois à diagnostiquer ces complications, comme aussi à distinguer si l'utérus rétro-fléchi est ou n'est pas fibromateux, on érige la laparotomie en ligne de conduite générale, c'est là un abus blâmable : une exploration méthodique et consciencieuse sous le chloroforme permettra toujours de savoir ce qu'il en est et d'orienter sa ligne de conduite de façon à proportionner le remède au mal.

Je résumerai ma pensée en disant qu'il y a une catégorie nombreuse de malades atteintes de rétro-déviation douloureuse, mobile ou facilement mobilisable, compliquée ou non de descente de l'utérus, que le curage, la dilatation, les opérations vagino-périnéales, ne suffisent pas à guérir ; que ces cas ne sauraient être justiciables de la laparotomie suivie ou non de fixation et, que le raccourcissement des ligaments ronds pratiqué isolément, ou combiné plus souvent aux interventions signalées plus haut, est l'unique ressource qui permette de réaliser d'emblée la « restitutio ad integrum ».

Mais, étant admise la légitimité du raccourcissement des ligaments, deux points encore restent à démontrer qui lui donnent la sanction clinique : cette opération est-elle bénigne et toujours praticable ? Est-elle définitivement efficace ?

Dans les quinze cas où je l'ai appliqué, je n'ai jamais rencontré de réelles difficultés.

---

(1) Chaput. Traitement de la rétroflexion par la laparotomie (*in Bulletin de la Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, mars 1892). Cette communication est accompagnée de la relation de quatre cas, dont pas un ne peut servir à la démonstration des théories de l'auteur : dans trois de ces cas, il y avait des lésions pelviennes de telle nature que c'était elles qui réglaient le pronostic et le traitement : la déviation dans ces cas était vraiment négligeable.

J'ai publié les détails des dix premières observations (1). Je donne ici la relation circonstanciée de cinq cas ultérieurs. Voici ce que je relève dans ces observations : 1° la plupart de ces opérations ont été d'exécution vraiment élémentaire ; 2° dans deux cas quelques particularités dans les dispositions anatomiques des éléments de la région rendirent la recherche un peu laborieuse. (*Obs. IX*. Développement excessif des fascias superficiels. — *Obs. X*. Distension et éraillure des aponévroses limitant le canal inguinal, extrême veinosité des plans musculaires de la paroi, atrophie de la portion inguinale du ligament. — *Obs. XII*. Gracilité des ligaments jusqu'à leur insertion utérine ; narcose difficile ; effort de vomissement au moment de l'application du premier point de suture du ligament gauche aux parois du canal. Déchirure brusque de ce ligament au ras de l'utérus. Dans ce cas nous dûmes nous contenter d'une fixation unilatérale). Au surplus, dans ces cas comme dans les autres, les suites opératoires immédiates et tardives furent excellentes.

Je conclus de mon expérience personnelle à ce sujet qu'il s'agit là d'une intervention le plus souvent facile, que l'on peut entreprendre et mener à bien sans être rompu à toutes les pratiques, ni aux raffinements d'exécution de la grande chirurgie gynécologique. Elle peut, à ce point de vue, être mise sur le même pied que la cure radicale d'une hernie réductible.

Quant à son pronostic immédiat, il s'agit là, incontestablement, d'une opération bénigne que tout chirurgien peut entreprendre ; s'il est vrai de dire que la pratique antiseptique est en elle-même une chose absolue qui n'admet pas les demi-mesures, il est juste aussi de faire remarquer que malgré la meilleure volonté du monde, mille circonstances indépendantes du chirurgien influencent le plus ou moins de perfection dans l'application de cette antisepsie : tout le monde ne dispose pas d'un matériel hospitalier approprié, d'aides bien stylés sur qui l'on peut compter. Et à ce point de vue, l'opération du raccourcissement des ligaments ronds a le droit de se généraliser bien plus que la laparotomie dans la pratique de la chirurgie à domicile.

Cette opinion de la bénignité de l'opération d'Alexander n'est pas admise par tous, et, chose singulière, les deux catégories d'opposants

---

(1) Du traitement des déplacements de l'utérus : dix cas d'hystéropexie ligamentaire (*in Annales de la Société Royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, fascicule I, 1892).

que nous signalions tantôt s'accordent pour la lui dénier. Partisans du laisser-aller, partisans du pessaire, partisans de la laparotomie, tous émettent ce grief.

J'ai fait valoir ailleurs les raisons qui militent *a priori* en faveur de cette bénignité. On peut les résumer en deux mots : le champ opératoire ne renferme aucun organe important ; les manœuvres restent extra-péritonéales. On me permettra de ne pas dédaigner tout à fait cette dernière considération malgré son apparence surannée.

Munie déjà de ces deux garanties, la facilité d'exécution et la bénignité, l'opération a-t-elle enfin la garantie de l'efficacité ?

Ici toute considération théorique, pour ou contre, peut ne pas être admise et l'on est en droit d'exiger l'éloquence des faits. Pour moi qui les ai sous les yeux, ma conviction est faite. Si l'on ne demande au raccourcissement des ligaments que ce qu'il peut donner, si son application a été opportune et judicieuse, limitée à ses réelles indications, les bons résultats resteront définitifs et l'opération mérite réellement d'être appelée cure radicale des rétro-déviations.

Je signalerai quelques points de la technique qui me semblent absolument nécessaires pour garantir cette efficacité permanente : la dénudation de la portion inguinale du ligament doit être pratiquée jusqu'à l'orifice péritonéal; la traction exercée au maximum doit amener à ce niveau la portion pelvienne du ligament et l'aileron du ligament large qui la contient; de telle façon qu'en introduisant à ce moment le doigt dans l'orifice, on sente à travers le feuillet péritonéal pariétal la face antérieure de l'utérus, amenée derrière le pubis. — La fixation s'opérera au crin de Florence, en sutures perdues, à points séparés échelonnés sur tout le trajet inguinal, unissant intimement le ligament aux plans musculo-aponévrotiques de la région et aux piliers sur un trajet de 5 centimètres : ainsi disparaît l'infundibulum péritonéal qui a suivi le ligament dans son émersion du bassin : ce serait là une porte ouverte à la hernie, si, après cette traction maxima, on se contentait d'une ou deux sutures aux seuls piliers (1). Je crois que ce manuel opératoire permet d'éviter sûrement les mécomptes qu'a donnés à certains l'opération.

Je terminerai par les conclusions suivantes que j'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation des membres du Congrès :

1. Au même titre que l'on oppose à la déchirure périnéale la

(1) J'ai développé tous les détails de cette technique personnelle dès janvier 1892. (*Annales de la Société Royale des sciences médicales et naturelles*, fascicule I, 1892.)

périnéorraphie, au prolapsus vaginal la colporraphie, à la déchirure la trachélorraphie, on est en droit d'opposer l'opération également bénigne du raccourcissement des ligaments ronds, aux rétro-déviations douloureuses, mobiles, ou facilement mobilisables.

2. La présence de lésions annexielles nécessitant l'ablation, ou d'adhérences péritonéales résistantes, constitue une contre-indication formelle.

3. Aux lésions si complexes du prolapsus génital on opposera les opérations en série qui remédient à chacune d'elles.

Parmi ces opérations, et pour aider à réaliser d'emblée l'idéal de la restitution « ad integrum », le raccourcissement des ligaments ronds revendique sa place lorsque l'utérus n'est ni totalement descendu, ni hypertrophié dans sa portion sus-vaginale. Dans le cas contraire, il cèdera le pas, soit à la ventro-fixation, soit, dans des conditions spéciales, à l'hystérectomie vaginale.

4. Dans les limites qu'on doit lui assigner l'opération mérite le nom de cure radicale des déplacements de l'utérus.

5. Cette efficacité, pour être définitive, doit être assurée par deux points importants de la technique, débridement du canal inguinal dans tout son trajet, traction du ligament rond exercée au maximum, de façon à amener dans l'orifice inguinal interne, l'aileron même du ligament large immédiatement adjacent à la corne utérine. L'occlusion hermétique du canal débridé et la fixation solide du ligament sont assurés par l'application de points de suture perdus au crin de Florence, échelonnés en nombre sur tout le trajet du canal et comprenant dans leur anse les deux lèvres de la gouttière inguinale incisée et le ligament qui y est couché.

Observation XI (1). — C..., Victorine, 36 ans.

Anamnèse. — Menstruation régulière, mensuelle, de cinq jours de durée, provoquant depuis douze ans de très vives douleurs dans les lombes et le flanc gauche, surtout au début. Quatre accouchements, le dernier il y a huit ans, normaux, après grossesses normales, sans suites fébriles. Pas de fausse couche.

Plaintes actuelles. – La malade accuse de très vives douleurs lombaires au moment des règles, et de la leucorrhée continue. Je la vis

(1) Les dix observations antérieures ont été publiées *in extenso* dans les *Annales de la Société Royale des Sciences medicales et naturelles*. 1892, fascicule I.

pour la première fois il y a plus de deux ans et lui fis vers cette époque un curage et une dilatation qui furent suivis d'amélioration momentanée : la leucorrhée disparut, les douleurs menstruelles furent moins vives; mais peu à peu s'installa une descente utérine et la malade éprouva la sensation du prolapsus génital. L'utérus en rétroversion légère fut maintenu par un anneau de Hodge, mais ce dernier fut mal supporté, provoquant de la dysurie, et de la douleur à la défécation.

En janvier 1892, la malade présentait les symptômes suivants :

Etat général : obésité, symptômes dyspeptiques, tympanite, anémie, asthénie.

Abdomen : souple, non douloureux.

Vulve, vagin, périnée : légère cystocèle.

Utérus : col volumineux mais non intact, corps mobile, rétroverse, augmente de volume, douloureux : cathéter 8 centimètres.

Annexes et péritoine pelvien : intacts.

Vessie rectum : intact.

Diagnostic. — Métrite chronique. Rétroversion mobile, descente utérine premier degré.

Je pratiquai la dilatation et le curage utérin et le raccourcissement des ligaments ronds le 1er février 1892 : opération facile. Particularités : éraillure de l'aponévrose du grand oblique simulant l'orifice inguinal. Des deux côtés gracilité de la portion inguinale superficielle du ligament et varicosité des portions profondes. Les suites furent aseptiques. Enlèvement des fils au sixième jour, réunion primaire.

A signaler une métrorrhagie qui apparut le lendemain de l'opération, bien que la menstruation eut eu lieu une semaine auparavant, et dura trois jours.

Je suppose qu'il s'est agit là d'une fluxion compensatrice provoquée par la brusque disparition d'un territoire vasculaire voisin (veines variqueuses des portions iliaques et pelviennes du ligament oblitérées par la traction et la suture de ce dernier).

La première menstruation eut lieu le 29 mars, fut indolore et dura deux jours.

Actuellement comme alors, la guérison est parfaite, l'utérus est en antéposition élevée; la sensation de prolapsus génital a complètement disparu.

Observation XII. — R..., Claire, 35 ans.

Anamnèse. — Première menstruation à 18 ans; depuis lors régulière, mensuelle, cinq jours de durée, très douloureuse au début. Dernière

menstruation le 25 février 1892. Huit accouchements, le premier il y a quatorze ans, le dernier il y a deux ans, grossesses normales, pas de complications consécutives. Pas de fausse couche. A nourri ses bébés. Non menstruée pendant la lactation.

Plaintes actuelles. — Douleurs permanentes dans la fosse iliaque gauche, augmentant à l'époque des règles et remontant à six ans. Douleurs sacrales et lombaires. Leucorrhée purulente. Constipation. Miction normale.

A été traitée par cautérisations et tamponnements pour érosion du col (?) il y a cinq ans.

Etat actuel : général : amaigrissement, réflexes gastriques.

Local : abdomen : paroi très mince et très souple, atrophie du tissu adipeux.

Vulve, vagin, périnée : légère cystocèle, béance vulvaire, déchirure périnéale au deuxième degré.

Utérus : col assez volumineux présentant les caractères du col de multipare. Corps en rétroflexion au troisième degré, plutôt diminué de volume, mobile, peu douloureux, légèrement descendu.

Atrophie de tout le feutrage cellulaire pelvien et en particulier du tissu cellulaire péricervical : les annexes, absolument indemnes, roulent sous les doigts.

Diagnostic. — Endométrite cervicale, rétroflexion mobile au troisième degré ; déchirure du périnée.

Traitement. — Dilatation de l'utérus et réduction, hersage du col. Raccourcissement des ligaments. Perinéoplastie par glissement le 20 mars 1892.

Je découvris très facilement et très rapidement les ligaments, mais la malade avait la chloroformisation très difficile et très tourmentée. Il était impossible de pratiquer la narcose absolue sans qu'immédiatement la respiration se suspendît, la face devînt pâle avec cyanose des lèvres, et que le pouls faiblît. Dans la narcose incomplète, les réflexes défensifs étaient intenses : striction des jambes, et contraction rigide des muscles de la paroi abdominale, persistant pendant toute l'opération. Cet état rendit les manœuvres de réduction bimanuelle du déplacement fort difficile. Quant à la dénudation du ligament, il nous fût néanmoins possible de la pratiquer jusqu'à l'insertion à la corne utérine : parrallèlement à ce que nous avions rencontré par le vagin sur l'état des appareils de soutien de l'utérus, nous trouvâmes ici des ligaments très fragiles et ce jusqu'à leur portion pelvienne, malgré la multiparité du sujet, condition qui d'ordinaire donne au ligament profond un gros calibre par multiplication et ectasie du

réseau veineux : à gauche, nous procédions à la suture quand un violent effort de la malade, repoussant sans doute l'utérus en arrière et en bas, provoqua la rupture brusque du ligament au ras de l'utérus au delà du point d'application du premier fil. Nous eussions pu peut-être saisir la corne utérine par le palper bimanuel en introduisant le doigt très profondément au travers de l'orifice inguino-péritonéal, en pratiquant en même temps par le vagin la réduction forcée de l'utérus. Nous songeâmes un instant par ce moyen à tenter d'appliquer un point de suture sur la corne utérine ramenée ainsi au niveau de la plaie, mais les difficultés des manœuvres vaginales chez ce sujet, la hâte aussi d'en finir avec une chloroformisation qui se présentait si mal supportée et si dangereuse (1), nous y fit renoncer. Nous pensâmes aussi qu'aucune complication d'hémorragie ne pouvait résulter de cette déchirure de la portion pelvienne du ligament à cause précisément de cette absence absolue de veines dans la texture du ligament, que nous avons signalée plus haut. Nous nous bornâmes donc à suturer les lèvres du canal et à pratiquer une solide fixation du côté droit.

Pessaire de Hodge; périnéoplastie de Doléris; sonde de Pezzer.

La difficulté de la chloroformisation resta peu expliquée : le cœur ne présentait rien d'anormal; le soir et le lendemain de l'opération les urines furent assez fortement chargées d'albumine; mais le phénomène fût transitoire et probablement d'origine toxique (chloroforme).

Les suites furent apyrétiques et sans aucun incident. Réunion primaire.

J'enlevai le pessaire au quinzième jour: l'utérus est en antéversion complète ; au toucher vaginal, le doigt bute contre la face antérieure du col et perçoit à travers le cul-de-sac antérieur, le corps utérin dans toute sa hauteur. Pas de latéro-déviation sensible malgré la fixation unilatérale. Pour percevoir l'orifice du col, on doit faire basculer l'utérus et pousser l'index profondément dans le cul-de-sac postérieur.

Actuellement l'état subjectif et objectif est parfait.

Comme commentaire à cette observation, faisons remarquer que cette rupture du ligament ne se produisit qu'une fois sur trente, qu'elle fût provoquée bien plus par une cause accidentelle (effort du sujet)

---

(1) J'ai depuis lors employé la méthode d'anesthésie mixte de Dastre et Moral (morphine et chloroforme) et j'obtiens une narcose plus régulière et plus douce avec une quantité bien moindre de chloroforme.

qu'on pourrait éviter, que par un manque de résistance du ligament : dans des circonstances analogues, nous serions certains dorénavant d'éviter tout danger de rupture en repoussant fortement l'utérus en haut et en avant par le palper bimanuel, au moment de la traction et de la fixation.

Au surplus, c'est précisément dans les circonstances où il pourrait se produire (gracilité, manque de développement des veines), que cet accident restera inoffensif.

Quant au résultat définitif, dans ce cas il n'en souffrit pas, car actuellement, plus de six mois après l'opération, il se maintient dans son intégrité.

Observation XIII. — V..., Christine, 37 ans.

Anamnèse. — Première menstruation à 12 ans, mensuelle, régulière, durant trois jours, provoquant de vives douleurs dans le bas-ventre et les lombes. Trois accouchements, le premier il y a treize ans, le dernier il y a trois ans, normaux, sans suites fébriles ; pas de fausse couche.

Plaintes actuelles. — Depuis dix ans, douleurs lancinantes dans les deux fosses iliaques, douleurs lombaires, sensation de prolapsus génital. Pas de leucorrhée. Défécation rare, non douloureuse ; miction cuisante. Il y a un an a subi une opération qui nécessita l'alitement cinq jours qui dût être un curage ; l'amélioration consécutive fut très passagère.

Etat actuel : général, bon.

Abdomen : peu dépressible, peu douloureux.

Vulve, vagin, périnée : déchirure périnéale jusqu'au sphincter, cystocèle et rectocèle assez volumineuses.

Utérus : atrésie de l'orifice externe, probablement post-opératoire; corps assez volumineux, en rétroposition, prolabé au deuxième degré, mobile, peu douloureux.

Le cathétérisme est impraticable, à cause de la sténose de l'orifice cervical qui semble être cicatricielle.

Tubes, ovaires, ligaments : sont sains.

Diagnostic. — Déchirure périnéale deuxième degré, descente et rétroposition utérine ; sténose cervicale.

Traitement. — Opérée le 14 avril de discision. Dilatation et tamponnement utérins ; périnéorraphie de Tait et raccourcissement des ligaments ronds. L'opération fut des plus faciles. Du côté du périnée, la plaie se désunit dans sa demi-supérieure, par sphacèle du lambeau que je n'avais pas excisé. Le 27, je fis un avivement

de la surface bourgeonnante et suturai : la réunion se fit cette fois.

Du côté du pli de l'aine, les plaies se réunirent d'emblée.

La première menstruation post-opératoire eut lieu le 29 mai, dura trois jours, et se fit sans douleurs. L'emploi de la sonde à demeure, qui avait été un peu prolongé chez cette malade, avait provoqué une légère dysurie avec miction fréquente par hypéresthésie du sphincter, sans altération de l'urine. Le massage du col vésical *per vaginam* eût raison de ce symptôme en trois jours.

L'utérus, aujourd'hui, est en parfaite position ; l'état général et local excellent.

Observation XIV. — B..., Catherine, 54 ans.

Anamnèse. — A toujours été réglée normalement. Ménopause depuis sept ans. Douze accouchements : le premier il y a trente ans, le dernier douze ans, sans suites fébriles. Pas de fausses couches.

Plaintes actuelles. — La malade se plaint uniquement d'une sensation de prolapsus génital qui l'empêche absolument de travailler, et de l'apparition, depuis quatre ans, d'une tumeur à la vulve ; tumeur sur laquelle elle est obligée de presser pour parvenir à uriner. La miction est impossible dans la station debout.

Etat actuel : général, bon.

Abdomen : paroi très mince.

Vulve, vagin, périnée : déchirure du périnée un degré. Cystocèle du volume du poing. — Atrophie du feutrage cellulaire du petit bassin.

Utérus : plutôt diminué de volume, affleurant la fourchette en dessous de la saillie vésicale qui le masque, corps en rétroversion complète.

Rien aux annexes.

Le 22 mai, raccourcissement des ligaments ronds : comme dans la plupart de nos interventions, une dissection méthodique nous permet d'isoler, dès l'orifice inguinal cutané, le faisceau des fibres lisses, mais il est très grêle et quasi filiforme. J'amène néanmoins des deux côtés les ailerons correspondants du ligament large que j'attire en écartant largement au doigt l'orifice péritonéal. Le cordon est si grêle que si la fixation portait uniquement sur la portion cutanée ou même iliaque, elle serait sans doute illusoire. Les deux points les plus externes de la suture fixent donc l'aileron lui-même.

Les culs-de-sac péritonéaux, ici comme plusieurs autres cas, se sont décollés facilement sans se fissurer. En appliquant le deuxième point de suture ligamentaire à gauche, il se produit une hémorragie arté-

rielle qui prend sa source en arrière de la paroi postérieure du canal inguinal. Craignant d'avoir blessé avec l'aiguille l'artère fémorale, que dans les mouvements de traction, exercés à ce niveau sur l'aileron, j'avais senti battre sur le bord antérieur de l'os iliaque, immédiatement au-dessous de l'orifice péritonéal du canal inguinal, j'accrochai avec le doigt l'artère crurale et l'amenai dans la plaie. Elle m'apparut intacte. Ce ne pourrait donc être que l'épigastrique qui donnait. Je passai deux fils de soie forte, étreignant une portion assez étendue de la paroi abdominale voisine de l'orifice inguino-péritonéal, l'un en dedans, l'autre en dehors de cet orifice et passant l'un et l'autre en dessous de l'arcade crurale en côtoyant donc parallèlement l'artère fémorale. Je maîtrisai aussi l'hémorragie qui ne m'avait inquiété que par la crainte que j'eus un instant d'avoir lésé la crurale. Je me propose, dorénavant, dans des circonstances analogues (lorsque les manœuvres digitales ont largement dilaté l'orifice), d'employer pour cette suture, du ligament à la gouttière inguinale, une aiguille de Dechamps mousse. Ce fut le seul incident de cette opération. Comme il fallait s'y attendre, la réduction utérine, qui était parfaite, n'améliora en rien le cystocèle. J'appliquai donc un pessaire de Hodge (nº 9) à courbure unique pour réduire cette dernière jusqu'à ce que nous puissions pratiquer une large colporraphie antérieure.

Les suites opératoires, parfaitement apyrétiques du reste, furent néanmoins légèrement accidentées. Le troisième jour, je trouvai le ventre très ballonné, le pouls à 100, quelques vomissements : il n'y avait là encore aucune expulsion de gaz. — En explorant le rectum, je constatai que le pessaire formait dans le Douglas une forte saillie qui rétrécissait le calibre de l'intestin. J'enlevai le pessaire et pratiquai une irrigation rectale qui provoqua une vraie débâcle. Je crois qu'il y a dans l'éventualité de cette complication un motif suffisant pour faire renoncer à l'emploi du pessaire après l'opération et à le remplacer par un simple tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

La colporraphie antérieure et la périnéorraphie furent pratiquées sept jours plus tard.

L'opérée se leva le vingt-cinquième jour ; l'état actuel subjectif et objectif est parfait.

Observation XV. — N..., Marie, 32 ans, repasseuse.

Première menstruation à 15 ans ; actuellement les règles durent huit jours et, depuis six mois, provoquent de très vives douleurs lombaires et iliaques pendant toute leur durée. Quatre accouchements : le premier il y a quatorze ans, le dernier quatre ans.

Non compliqués.

Depuis deux mois se trouve dans l'incapacité de travailler à cause de vives douleurs dans le bas-ventre et dans les lombes; douleurs continues, s'exacerbant à l'approche des règles et s'accompagnant de leucorrhée purulente abondante. — Constipation, selles douloureuses, pas de phénomènes vésicaux. A l'examen, je trouvai : lésions vagino-périnéales à peu près nulles, col légèrement déchiré ; utérus volumineux rétrofléchi, adhérent par sa paroi postérieure épaissie et comme fibromateuse à la paroi antérieure du rectum.

Je pus, préalablement à l'opération, réduire complètement l'utérus par le palper bimanuel et, le 6 août 1892, je fis le curettage d'un endométrium fongueux et le raccourcissement des ligaments. Je pratiquai cette opération à l'hôpital de Laeken avec l'obligeante assistance de mes confrères Beaudoux, Leclercq et Nyssens. L'intervention fut d'une simplicité banale et d'exécution rapide.

Les suites opératoires ne présentèrent rien de particulier que de légers symptômes d'occlusion intestinale, provoquée également par le pessaire vers le sixième jour. Ceci me fera décidément renoncer à l'emploi de l'anneau après l'opération.

La femme N... est actuellement complètement guérie et a repris, sans le moindre malaise, ses laborieuses occupations.

SONDE A IRRIGATION INTRA-UTÉRINE ASEPTIQUE

par M. **Cordes** (Genève).

Tout simplement une tige de métal, de verre, de caoutchouc durci, sur deux faces opposées de laquelle sont tracées des gouttières. Pour transformer ces gouttières en canaux, on recouvre la tige d'une chemise de caoutchouc mou ; une sonde molle fait l'affaire.

L'un des canaux sert à l'injection, l'autre, au retour du liquide. La *chemise* enlevée, son peu de valeur vénale permet d'en changer aussi fréquemment qu'on le juge nécessaire ; les deux gouttières peuvent être aisément brossées et aseptisées. L'instrument a la courbure en *S*, si commode, de la sonde d'Olivier.

Sonde vésicale aseptique. — Deux gouttières opposées par leur concavité, l'une glissant dans l'autre, grâce à une coulisse.

UEBER DIE BASIOTRIPSIE

von **H. Heinricius** (Helsingfors).

In den nordischen Ländern kommen hochgradig verengte Becken sehr selten vor; darum werden auch schwerere Kraniotomien nicht oft ausgeführt.

Es geschieht äusserst selten, auch in Kliniken mit ziemlich grossen Material, dass der Geburlshilfer die Kephalotripsi, die Basiotripsie, und andere mehr eingreifende Operationen, welche die Zerquetschung des Kopfes zum Zweck haben, auszuführen genöthigt wird. Bei der Kraniotomie wird gewöhnlich ein Perforations-instrument, wie die Dubois'sche Scheere, das Perforatorium von Naegele, Blot oder Braun angewandt; die Extraktion des durchbohrten Kopfes wird mit dem Kranioklast ausgeführt.

Seit anderthalb Jahre habe ich in der von mir geleiteten Klinik zu Helsingfors den Basiotrib von *Tarnier* gebraucht in Fällen, wo ich gezwungen gewesen bin, die Perforation und Extraktion des Kopfes auch *bei mässig verengten Becken* auszuführen und ich habe den Basiotrib in solchen Fällen als ein vorzügliches Instrument gefunden.

Ich gebe zu, dass ich die Entbindung in meinen 5 Fällen auch mit gewöhnlichem Perforatorium und Kranioklast hätte ausführen können, aber der Basiotrib hat den grossen Vortheil, dass man mit *eimen* Instrument die Perforation, die oft nothwendige Zerquetschung und die Extraktion des Kopfes auszuführen kann, dess die Löffel nicht abgleiten und die Schädelbeine nicht abreissen, was bei dem Kranioklas vorkommen kann, sondern den zu einer Scheibe zusammen gedrückten Kopf fest halten.

Den Basiotrib von Tarnier und die Art der Wirkung des Instrumentes setze ich als bekannt voraus. Nach der Perforation des Kopfes lege ich die Löffel entweder in den queren oder schiefen Durchmesser des Beckeneingangs; nach « le grand broiement » ziche ich den zerquetschen Kopf mit dem langen Durchmesser durch den queren oder einen der schiefen Diameter des Beckeneingangs; am Beckenboden rotiere ich den Kopf so, dass der lange Durchmesser mit den geraden Diameter des Beckenausganges übereinstimmt.

Weil das Instrument, so weit wie ich weiss, ausserhalb Frankreich, Italien und Belgien wenig gebraucht wird, erlaube ich mich bei diesem Congresse den anwesenden Collegen die Anwendung des Basiotribes von Tarnier aucht bei mässig verengten Becken als ein für die Mutter

unschädliches, beqvemes und sicheres Instrument zu empfehlen.
Die Zeit erlaube mich nicht in Detaillen einzugehen ; ich ziehe vor in der Zukunft anderswo einen ausführlichen Bericht über meine Fälle zu geben. Ein Gipsabdrück erklärt die Wirkung des Instruments (Demonstration van 1 Gipsabdruck).

TRAITEMENT INTRA-PÉRITONÉAL DU PÉDICULE DANS L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE PAR LA LIGATURE ÉLASTIQUE PERDUE

par M. **Delètrez** (Bruxelles).

J'ai eu l'occasion, durant ces deux dernières années, de pratiquer vingt-quatre hystérectomies abdominales pour fibro-myômes utérins ; dans vingt cas j'ai dû pratiquer l'amputation supra-vaginale de l'utérus ayant affaire à des fibrômes interstitiels dont l'énucléation n'était pas possible.

Dix-huit fois j'ai employé la méthode intra-péritonéale avec ligature élastique abandonnée dans le péritoine; ces dix-huit opérations ont été toutes suivies de succès ; les suites en ont été aussi bénignes et la durée du traitement consécutif aussi courte que dans une simple ovariotomie.

Outre mes dix-huit observations personnelles, j'ai pu établir une statistique de cent soixante-cinq hystérectomies abdominales avec pédicule intra-péritonéal muni de la ligature élastique pratiquées par Treub, Terrillon, Richelot et Debaisieux, donnant une mortalité de 11 %.

Ce nombre d'observations me paraît suffisant pour attirer votre attention sur une méthode opératoire encore peu généralisée et qui présente de très grands avantages.

Mon procédé opératoire est celui de Treub quelque peu modifié : une fois la cavité péritonéale ouverte, j'attire la tumeur hors de l'abdomen en plongeant la main dans le petit bassin et en faisant faire à la tumeur un mouvement de bascule; par cette manœuvre, j'ai réussi à faire saillir par la plaie abdominale des tumeurs d'un volume considérable ; j'ai abandonné complètement l'emploi des pinces extractives, qui donnent souvent lieu à des hémorragies incommodes.

Si les ligaments larges sont par trop tendus pour permettre de les comprendre sans danger de glissement dans la ligature élastique, je les sectionne entre deux ligatures; dans le cas contraire, j'étreins la tumeur (l'utérus) au point où je compte former mon pédicule, dans une pince-clamp construite sur mes indications; je jette au-dessous de cette pince un cordon élastique plein, soumis à l'autoclave ou une température de 120°, puis plongé dans la solution phéniquée à 1/20 pendant deux jours; je fais autour de la tumeur un premier tour, arrêté par un simple nœud chirurgical; attirant alors vers moi les deux chefs du cordon, je les réunis, près du sillon qu'il a formé, par une ligature de soie tressée; l'extrémité des deux chefs confiée à un aide, j'entoure comme d'une collerette le pédicule ainsi formé avec des compresses aseptiques, de façon à empêcher toute introduction de sang dans la cavité abdominale, et au moyen d'un couteau à amputation, je coupe la tumeur en rasant le bord de ma pince-clamp; j'enlève cette dernière et avec des ciseaux je réduis le pédicule à son minimum; je cautérise ensuite toute la surface du moignon avec le thermocautère; je plonge dans le canal de section la pointe rougie à blanc du thermocautère; le cordon élastique et les fils de soie sont coupés court et le moignon abandonné dans l'abdomen.

Quant au cordon élastique, à l'instar des corps étrangers aseptiques, il s'enkyste dans la plupart des cas; exceptionnellement, il est éliminé après un temps variable, soit par le vagin, soit par le museau de tanche, sans produire d'inconvénients sérieux; sur dix-huit cas j'ai observé trois fois l'élimination de la ligature; Richelot l'a observée quatre fois sur le même nombre d'observations.

Une précaution opératoire qu'il ne faut jamais négliger avant d'abandonner le moignon utérin dans le petit bassin; il faut avoir soin d'en retirer les anses intestinales qui auraient pu s'y loger et éviter ainsi une compression possible de l'intestin entre les surfaces du bassin et le pédicule.

Nous possédons donc, sans les cas isolés qu'il est difficile de rechercher, cent quatre-vingt-trois hystérectomies abdominales, pratiquées d'après cette méthode, par Treub, Richelot, Debaisieux et moi; nous avons vingt-deux décès dont la cause, dans la plupart des cas, ne peut être imputée au procédé opératoire; la mortalité est donc de 11 %; à ce point de vue déjà, cette méthode peut soutenir avantageusement un parallèle avec les résultats obtenus par le traitement extra-péritonéal. Elle possède en outre d'autres avantages, parmi lesquels, celui de diminuer la durée du traitement consécutif, d'éviter plus

sûrement l'éventration et une cicatrisation difforme et parfois très douloureuse.

Je me crois donc autorisé à tirer les conclusions suivantes :

I. — La méthode intra-péritonéale, dans le traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale pour fibro-myômes, doit être considérée comme la méthode de choix.

II. — Parmi les procédés opératoires employés jusque maintenant dans le traitement intra-péritonéal du pédicule, le plus sûr, le plus simple et le plus rapide, consiste dans l'application définitive du lien élastique.

DE L'ELYTROTOMIE INTERLIGAMENTAIRE SUIVIE DU DRAINAGE DU CUL-DE-SAC DE DOUGLAS, POUR SERVIR AU TRAITEMENT DES ABCÈS PELVIENS, DES ADHÉRENCES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES, SOIT ENTRE EUX, SOIT AVEC LES ORGANES VOISINS, ET EN PARTICULIER POUR LE TRAITEMENT DES RÉTRO-DÉVIATIONS UTÉRINES, RÉTROVERSIONS ET RÉTROFLEXIONS MOBILES OU FIXÉES,

par M. **Ch. Boisleux** (Paris).

Depuis près de deux ans, nous pratiquons la méthode de Thure-Brandt, telle que nous l'a enseignée le Dr Ziegenspeck, docent de gynécologie à Munich. Au moyen de cette méthode, nous nous sommes efforcés de réduire manuellement les adhérences de l'utérus en rétroversion et rétroflexion fixées, les adhérences utéro-sacrées, utéro-rectales, tubo-ovariennes, enfin toutes les indurations paramétritiques que l'on rencontre dans les différentes inflammations utérines. Somme toute, et nous le disons hautement, cette méthode nous a donné d'excellents résultats. Nous avons obtenu bon nombre d'améliorations et parfois des guérisons complètes. Cependant, il est des cas qui se montrèrent rebelles à cette méthode. Sur vingt rétro-déviations utérines (rétroflexions et rétroversions), j'en compte huit qui n'ont subi aucune modification par ce traitement. Entre autres cas, une rétroversion fixée, dont était atteinte une femme de 31 ans. Cette malade avait été traitée, en 1887, par *la méthode de Schultze;* on lui avait appliqué, en même temps, un *pessaire de Thomas*, qui

fut enlevé au bout de quatorze mois, et lorsqu'elle vint à ma clinique, en octobre 1890, l'utérus était de nouveau en *rétroflexion fixée*. De novembre 1890 à novembre 1891, j'essayai de distendre et de rompre les adhérences par la *méthode de Thure-Brandt*. N'obtenant aucun résultat, je pensai avoir de nouveau recours à la méthode de Schultze et à réappliquer un pessaire. Cependant, j'avoue que je craignais n'être pas plus heureux que le confrère qui avait appliqué autrefois cette méthode chez cette malade. En un mot, je craignais de tomber dans un cercle vicieux. *L'idée me vint alors de pénétrer dans le Douglas et de libérer directement les adhérences diverses qui retenaient l'utérus fixé en arrière, m'aidant de la main placée sur l'abdomen pour le comprimer et fixer les différents organes, afin de pouvoir les atteindre et avoir ainsi un point d'appui.* J'étais très embarrassé pour savoir si je devais faire une incision transversale ou longitudinale dans le cul-de-sac de Douglas. Mais bientôt, eu égard à des considérations anatomiques, je me décidai pour l'*incision longitudinale, de façon à ne pas blesser les ligaments utéro-sacrés.*

Avant de passer à la description de l'opération, nous mentionnerons les différents auteurs qui ont appliqué l'*Elytrotomie* au traitement des adhérences péri-utérines : nous verrons que Byford, de Chicago, s'est surtout servi de la voie vaginale pour extirper les annexes malades et qu'il n'a rompu les adhérences péri-utérines que parce qu'elles l'empêchaient de faire basculer l'utérus en arrière et d'amener les trompes et les ovaires dans le cul-de-sac de Douglas.

Stratz pratiqua l'élytrotomie pour rompre les adhérences et réduire l'utérus, mais nous verrons qu'il est parti d'une idée fausse en faisant précéder l'élytrotomie d'une colpo-périnéorraphie à lambeaux et qu'il lui est impossible, par suite de la complexité de son manuel opératoire, d'assurer le drainage du cul-de-sac de Douglas.

Byford, de Chicago, pratiqua un certain nombre de fois l'élytrotomie et rompit les adhérences qui se trouvaient sur les faces latérales et en arrière de l'utérus.

« Je préfère, dit-il (1), faire l'incision dans le cul-de-sac de Douglas pour rompre les adhérences. Je l'ai fait dans quatre cas et chaque fois j'ai trouvé qu'il était indiqué d'enlever à la fois les ovaires et les trompes malades ; dans les deux derniers cas, j'ai maintenu l'utérus en place par des tampons vaginaux et obtenu ainsi la guérison des déviations ».

---

(1) The practice of medecine and surgery applied to diseases and accidents incident to women. — London and Philadelphia, 1888, p. 507.

Mais en lisant le chapitre des *Indications* que donne cet auteur et les douze observations qu'il a présentées à la Société de Gynécologie de Chicago, on voit qu'il est plus préoccupé d'extirper les organes malades par la voie vaginale, comme l'ont fait Battey, Thomas et bien d'autres, que de faire l'opération dans le *but exclusif* de rompre les adhérences et de réduire l'utérus rétrodévié.

Voici, du reste, l'analyse que donne le *Centralblatt für Gynækologie*, 1888.

« Byford a repris la méthode abandonnée de Thomas et de Battey, et après l'avoir pratiquée, la recommande chaudement... Suivent les indications et les avantages ».

Byford dit lui-même (1) que son but est d'enlever les annexes : l'opération n'est possible que quand l'utérus peut être basculé en arrière et quand les annexes sont situées dans la profondeur du bassin.

« Il faut, dit-il, préférer la laparotomie :

» 1° Quand les ovaires sont enclavés dans des masses d'exsudat qui s'étendent latéralement et antérieurement dans le bassin ;

» 2° Quand l'utérus est adhérent en avant ;

» 3° Quand on a affaire à une tumeur ovarienne, grosse comme une orange et adhérente, ou comme une tête d'enfant, bien que non adhérente ;

» 4° Quand les annexes sont situées très haut ».

Stratz (*Zeitschrift f. geb. u. Gynæk.*, bd. XXI, p. 337, 1891) (poussé par l'idée que Hégar et Carsten émirent au Congrès de Wiesbaden, 1887) pensa que la consolidation du périnée, après réduction de l'utérus, suffisait parfois à remplacer le pessaire et à maintenir l'utérus en position. C'est basé sur cette considération, qu'il a fait précéder l'*ouverture et la résection du Douglas* d'une colpo-périnéorraphie à lambeaux à laquelle il attache une grande importance dans le maintien de l'utérus réduit en avant.

Son opération se décompose ainsi :

1er *temps*. — Incision du périnée et formation des lambeaux.
2e *temps*. — Avivement du vagin (paroi postérieure).
3e *temps*. — Ouverture du Douglas.
4e *temps*. — Rupture des adhérences et reposition de l'utérus.
5e *temps*. — Résection du Douglas.

---

(1) Amer. journ. of obst. 1888, april, p. 337.

6[e] *temps.* — Suture complète, sans drainage.
7[e] *temps.* — Tamponnement.

Dans quatre cas, Stratz ne fit que la *résection du Douglas* sans l'ouvrir; dans le quinzième cas, la guérison ne fut obtenue que par la laparotomie, parce que le Douglas n'avait pas été réséqué assez haut.

Sænger (1) insiste sur ce point important, que la résection du Douglas est combinée avec la colpo-périnéorraphie, et qu'elle devient, selon Stratz, beaucoup plus difficile lorsqu'on ne la fait pas précéder de cette opération. Ce n'est pas notre avis. Dans l'observation I (voir plus loin : *Elytrotomie interligamentaire*, — observations personnelles) où le périnée présentait une déchirure au deuxième degré, c'est-à-dire jusqu'au sphincter anal, je n'ai pas éprouvé plus de facilité que dans les autres cas. La colpo-périnéorraphie, comme temps préparatoire à l'ouverture du Douglas, me paraît donc être une opération non seulement complexe, mais inutile; de plus jugeant le drainage indispensable, j'estime que dans les cas, où la périnéorraphie est nécessaire, elle doit être faite ultérieurement et dans une autre opération. Quant à la résection du Douglas, je la considère comme nuisible, car elle peut intéresser à la fois les ligaments utéro-sacrés et la couche musculaire qui se trouve à ce niveau, et ne peut par conséquent qu'affaiblir les moyens d'union de l'utérus, au lieu de les consolider.

Enfin nous ferons remarquer que Byford et Stratz, suivant la méthode de Battey, font leur incision juste derrière le col, et blessent de cette façon les ligaments utéro-sacrés à leur entre-croisement; et c'est pour cette raison que nous conseillons de *faire l'incision à 1 centimètre au-dessous de l'insertion du vagin sur le col.*

Ce procécé opératoire a eu primitivement pour *but exclusif de rompre les adhérences utérines et péri-utérines.*

En appliquant ce procédé à des cas variés, j'ai constaté par expérience que l'on pouvait l'employer avec succès dans les abcès pelviens. Et à ce propos, je dois mentionner accessoirement les travaux les plus récents sur cette question. *Il nous est impossible de citer* ab ovo, *toute la littérature médicale sur les abcès pelviens*, nous sommes forcés de nous limiter par suite de l'espace restreint dont nous disposons. Il faut signaler en France, les travaux de Laroyenne,

---

(1) Sænger, *Centralblatt für Gynækologie*, 1891, page 891.

Péan, Segond, Gouilloud, etc.; en Allemagne, Gottschalk, Landau, etc.; en Amérique, Mundé, etc.

Le 8 mai 1891, à la *Société clinique des praticiens de France*, M. Aubeau a fait une intéressante communication sur le traitement des suppurations pelviennes. Aubeau expose les divers procédés de traitement et mentionne, entr'autres, l'incision du cul-de-sac de Douglas. En règle générale, il faut, dit-il, inciser un abcès ou foyer purulent, qui s'est rapproché d'un point accessible des parois du vagin... et donner une large issue au pus, dans le point où il se présente.

Le Dr Aubeau relate six cas de suppurations pelviennes, traitées par la voie vaginale. Dans quatre cas, il s'agissait de suppuration à la suite d'infection puerpérale. Parmi ces malades, il y en avait de très gravement atteintes, une entr'autres dont l'abcès s'était ouvert dans le rectum ; toutes ces malades se rétablirent rapidement. Elles démontrent, qu'en pareil cas, *le salut de la malade peut être obtenu par l'ouverture directe de l'abcès, sans sacrifice d'aucun organe et que ce genre de traitement suffit parfois pour assurer la guérison définitive.* (AUBEAU, Clinique française, mai 1891).

Nous sommes de cet avis, sauf sur un point : il faut, selon nous, tout faire pour éviter de couper les ligaments utéro-sacrés, et pour cela, autant que faire se peut, inciser sur la ligne médiane, à 1 centimètre en arrière du col.

Il est utile de reproduire une partie de la discussion du Dr Lebec (1). Voici ce qu'il dit à propos de l'incision du cul-de-sac postérieur dans les abcès pelviens :

« L'ouverture large du cul-de-sac postérieur et le drainage par cette voie ont de sérieux avantages. Cette opération fut préconisée par Récamier en 1842; mais comme ce médecin ne connaissait pas l'antisepsie, il eut des accidents et l'opération tomba en désuétude. Pratiquée suivant les règles de la chirurgie moderne, elle donne d'excellents résultats. Le choc traumatique n'existe pas. On ne risque pas de détruire les adhérences protectrices et de causer une péritonite mortelle ; la déchirure de la vessie et du rectum ne sont pas à redouter. Si l'incision est suffisamment large, on peut introduire deux doigts et, avec de l'habitude, explorer tout le ventre et ouvrir les poches secondaires, ce qui m'est arrivé plus d'une fois. On peut également introduire une curette et faire un véritable raclage prudent de la cavité en maintenant l'ouverture béante par des drains et des bandes de gaze iodoformée, on obtient un drainage très suffisant.

(1) LEBEC. Clinique française du 8 août 1891, p. 190.

» On peut objecter que, par ce procédé, on laisse les parois tomenteuses et purulentes. Cela est vrai, mais la curette les a modifiées et l'expérience m'a montré que sa guérison s'obtient très complètement. J'ai des malades opérées depuis deux ans qui sont revenues me voir et étaient complètement guéries » (1).

Le 13 janvier 1892, M. Nélaton a rapporté à la Société de chirurgie de Paris une observation intéressante, ayant trait à des *adhérences rompues par la voie vaginale.*

Il s'agissait d'une femme qui, présentant des phénomènes d'occlusion intestinale, fut envoyée par son médecin à M. Nélaton : en présence de l'allure spéciale des symptômes, celui-ci crut à une appendicite et institua un régime approprié. Mais les accidents ne semblant pas vouloir s'amender, M. Nélaton fit un examen plus approfondi, et constatant la présence d'une masse occupant le Douglas, crut à une hématocèle et fit l'élytrotomie. Il rencontra l'utérus en rétroversion, rompit les adhérences et replaça l'utérus en avant.

De la discussion qui a suivi la communication de M. Nélaton à la Société de chirurgie il résulte que toute *hystérectomie doit être précédée d'une incision vaginale exploratrice* qui permette d'éclaircir le diagnostic, et, en cas d'erreur, de s'arrêter et de refermer le vagin, comme on referme l'abdomen. Cette incision doit être longitudinale : car, par l'incision circonférentielle précédant l'hystérectomie selon la méthode de Péan, ou l'incision transversale du cul-de-sac postérieur, selon la méthode de Martin, la section des ligaments utéro-sacrés est inévitable : or ceux-ci, comme nous l'avons dit plus haut, sont la base de soutien de l'utérus. *Il faut donc éviter toute incision circulaire, mais faire*

---

(1) Mundé. The treatment of pelvic abcess in women by incision and drainage (american journal of obstetric, février, 1886, t. XIX, p. 113, fait, outre l'incision, un curettage du foyer purulent avec la curette mousse, et enlève de cette façon les fausses membranes, entre autres la membrane pyogène et les produits septiques que celle-ci renferme.

Laroyenne. Lyon médical, 21 février 1886.

P. Gouilloud. Congrès français de chirurgie, 1889, p. 692.

P. Gouilloud. Débridement vaginal des collections pelviennes dans les archives de Tocologie, 1891. Numéros d'août à novembre 1891.

P. Segond. Société de chirurgie, 1891 (février, mars, décembre).

Péan. — Bulletin de l'Académie de médecine, numéro 27, 1890.

Gottschalk. Société de gynécologie de Berlin, 13 février 1891, incision vaginale pour les ovarites suppurées.

Landau-Léopold. Ueber Tubensache. — Congrès international de Berlin, 1890.

une incision longitudinale, en prenant un point de repère, afin d'éviter les ligaments utéro-sacrés. Il va sans dire que dans le cas, où l'hystérectomie est indiquée pour abcès pelvien ou affection des annexes, il faut nécessairement avoir recours à l'incision exploratrice du cul-de-sac postérieur. On ne peut commencer par l'incision des culs-de-sac latéraux, premier temps de l'extirpation totale de l'utérus, selon la méthode de Fritsch, parce qu'on s'exposerait, en cas d'erreur, à une mutilation inutile.

L'incision doit être verticale ou longitudinale, c'est-à-dire sur la ligne médiane. Delbet (1) dit, à propos de la manière d'inciser le cul-de-sac vaginal :

« On peut faire l'incision dans deux directions différentes, verticalement ou transversalement. Byford, faisait, je crois, l'incision verticale; M. Bouilly l'a employée également. Picqué recommande de faire l'incision transversale. Il insiste sur ce fait, que l'incision verticale s'écarte peu dans le sens transversal. Comme c'est généralement sur les parties latérales du bassin qu'on a à agir, l'incision transversale donne certainement plus de facilité dans ce sens; et, de fait, elle me paraît préférable. On pourrait même faire une incision en L couché ».

Nous ne croyons pas que l'incision transversale donne plus de facilité. Nous n'avons jamais éprouvé de difficulté par l'incision verticale; de plus, nous avons insisté sur ce fait, que l'incision transversale et à plus forte raison en L couché, intéresse fatalement les ligaments utéro-sacrés.

Le cas de M. Nélaton prouve, par le résultat obtenu, que la rétroversion fixée, accompagnée de périsalpingite, peut être réduite et corrigée par la voie vaginale.

Anatomie de la région. — Mais avant d'aller plus loin, il est bon de dire deux mots sur l'anatomie de la région.

Le vagin, en s'insérant sur le pourtour du col de l'utérus, forme quatre culs-de-sac : antérieur, postérieur et latéraux. Le cul-de-sac postérieur, le seul qui nous occupe, affecte des rapports importants avec la cavité péritonéale et avec les ligaments inférieurs de l'utérus, ligaments utéro sacrés. La paroi vaginale, à ce niveau, est constituée de dedans en dehors :

1° Par une tunique muqueuse;

---

(1) Des suppurations pelviennes chez la femme. — 1891. Paris, chez Steinheil.

2° Une couche musculaire épaisse dont les fibres se continuent avec le revêtement externe de l'utérus;

3° Une tunique externe cellulo-fibreuse très mince;

4° Par le péritoine.

La séreuse péritonéale tapisse la paroi dans une étendue qui peut atteindre 3 centimètres pour M. Tillaux; mais qui ne dépasse pas 15 millimètres pour M. Sappey : elle forme entre le rectum en arrière, l'utérus et le vagin en avant et les ligaments utéro-sacrés de chaque côté, une cavité appelée cavité de Douglas. A l'endroit où la paroi postérieure du vagin s'insère sur l'utérus, nous voyons partir deux cordons en forme de croissant, extrêmement résistants, entourant le rectum dans leur concavité et allant se fixer en arrière sur les troisième et quatrième vertèbres sacrés, en dedans des symphyses sacro-iliaques : ce sont les ligaments utéro-sacrés. Ils jouent un rôle très important dans la statique de l'utérus; ils peuvent, par la contraction de leurs fibres musculaires, faire basculer l'organe en avant et amener une antéversion; leur relâchement intervient pour une grande part dans les causes du prolapsus.

Leur rôle est de maintenir l'utérus et d'empêcher cet organe d'être refoulé en bas par la pression des viscères abdominaux. Ce sont eux qui résistent, *lorsqu'après avoir saisi la lèvre postérieure du col, on cherche à attirer l'utérus en haut;* et, l'on peut voir dans la figure 2, *les cordes tendues* qu'ils forment sous la paroi vaginale : le doigt explorateur les sent très aisément. De plus, au *point où ces deux ligaments se fusionnent avec l'utérus, le doigt sent une dépression qui correspond au cul-de-sac de Douglas. C'est là qu'il faut inciser et plonger le bistouri.* On est sûr de ne toucher aucun ligament et d'éviter les vaisseaux du col utérin. Comme nous l'avons dit plus haut, le péritoine tapisse la paroi vaginale sur une étendue, qui, d'après les anatomistes, varie entre 1 1/2 à 3 centimètres. Dans les rétroflexions, le corps de l'utérus occupe cette cavité et *vient faire bosse dans le cul-de-sac postérieur du vagin;* dans le cas de rétroflexion fixée, cette cavité peut être réduite à néant par les adhérences formées entre les deux feuillets du péritoine. Mais, même dans ces cas, il est possible de percevoir la dépression, bien qu'avec plus de difficulté. Il suffit pour cela d'attirer la lèvre postérieure en haut, comme l'indique la figure 2.

Curettage de l'utérus. — Ce curettage est *indiqué* parce que, pour nous, *les adhérences sont le plus souvent le résultat d'une infection antérieure,* infection qui s'est présentée chez la femme avec des manifestations plus ou moins apparentes.

Après le curettage, drainage avec une mèche de gaze iodoformée qu'on enlève au bout de vingt-quatre heures.

On place un ou deux coussins sous le siège de la femme (fig. 1), de façon à ce que par la position déclive, *les intestins et l'épiploon soient refoulés*



FIG. 1. (Position). — Élévation du bassin dans le but de refouler en bas les intestins, pour ne pas les blesser pendant l'opération, et la rupture manuelle des adhérences (péritonite chronique ou aiguë).

loin du plancher du bassin et ne viennent pas faire saillie pendant les différentes manœuvres de l'opération. On place ensuite le spéculum de Martin en arrière; on saisit la lèvre postérieure du col avec une pince à griffes, et on place, comme l'indique la figure 2, les écarteurs vaginaux. L'aide qui tient la pince à griffes, attire fortement en haut la lèvre postérieure

du col : on voit alors saillir de chaque côté du cul-de-sac postérieur (fig. 2), deux cordes correspondant aux ligaments sacrés. Au niveau où ces deux cordes se rejoignent au col de l'utérus, on sent *une dépression* (*post-cervicale*), limitée de chaque côté par la terminaison des ligaments utéro-sacrés : cette dépression correspond exactement au cul-

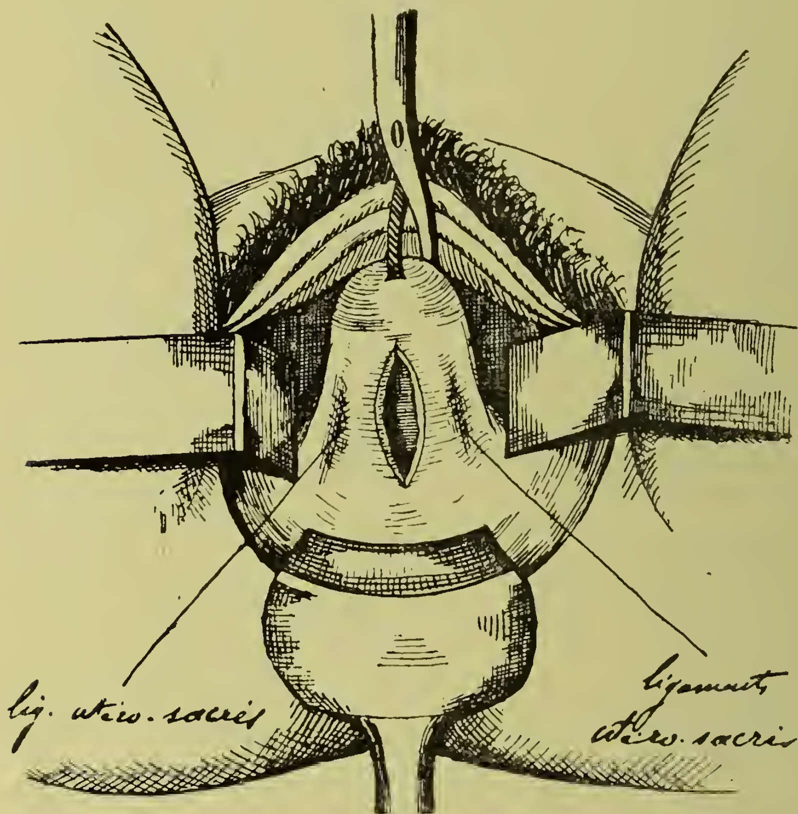


Fig. 2. — Incision médiane et longitudinale de 6 à 8 cent. respectant les ligaments utéro-sacrés.

de-sac de Douglas. Elle est limitée en haut par une *bride transversale* qui n'est autre que l'entre-croisement des ligaments au niveau de leur insertion sur le col. C'est immédiatement en arrière de cette bride transversale que devra commencer l'incision du cul-de-sac postérieur : elle se continuera sur la ligne médiane (ligne d'incision de l'opération

de Battey) et aura une longueur de 6 à 8 centimètres. Il sera prudent de *passer un doigt dans le rectum au moment où l'on fera l'incision.*

Manœuvres. — L'index gauche est alors introduit dans le Douglas, l'aide abandonne la pince à griffes qui tombe d'elle-même dans la main gauche de l'opérateur. La main droite déprime l'abdomen (fig. 4), va chercher le fond de l'utérus qu'elle maintient et s'efforce d'attirer en avant pendant que l'index gauche cherche à libérer tout ce qu'il rencontre sur la face postérieure de l'utérus. Il est des cas

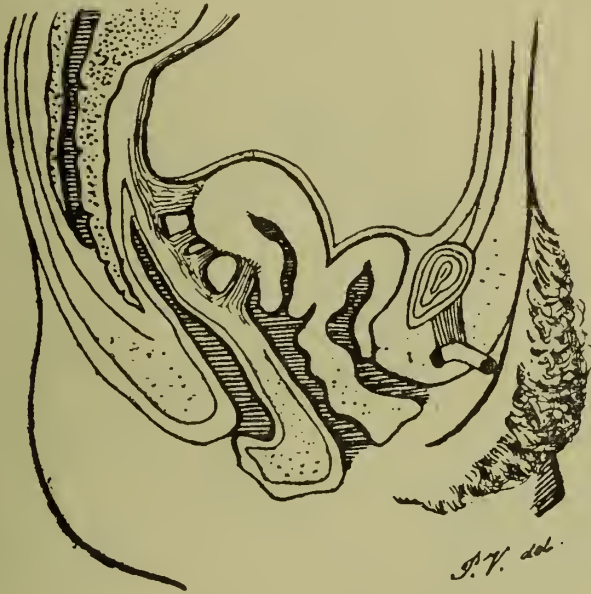


Fig. 3. — Rétroflexion fixée par des adhérences (péritonite chronique ou aiguë).

où les brides se rompent sans grand effort (quand l'inflammation qui les a déterminées est *récente*) ; mais quand ces adhérences sont anciennes, la force à déployer doit être considérable. Dans les cas VI et VII notamment, je dus m'arrêter plusieurs fois pendant l'opération pour reprendre haleine, tant les adhérences étaient nombreuses et résistantes.

Quand la face postérieure est libérée sur une assez grande étendue, l'opérateur introduit le médius dans la plaie pour pouvoir atteindre

plus haut sur les parties latérales de l'utérus et va reconnaître l'état des annexes. Le plus souvent il les trouvera enclavées dans des masses d'adhérences, et il devra chercher à les libérer. Il commencera par le côté gauche et ayant terminé de ce côté, il devra porter les doigts de la main droite (*préalablement désinfectés*) dans la plaie,



Fig. 4. — Rétroflexion réduite, adhérences rompues sous les doigts.

pendant que la main gauche ira déprimer l'abdomen. *La libération étant terminée, on s'assure une dernière fois que tout est rompu* (*ce que l'on reconnaît à la mobilité de l'utérus*), et on place l'utérus en avant. *Il faut aussi s'assurer si l'ovaire et la trompe sont bien décortiqués.*

Les adhérences étant rompues, on procède à un lavage intra-péritonéal avec solution boriquée à 3/100, puis on fait de chaque côté, sur les bords de la plaie, un avivement d'un centimètre environ, intéressant seulement la muqueuse vaginale. On passe les fils (soie ou catgut), après avoir saisi la lèvre gauche de la plaie avec une pince pour plus de commodité, puis ensuite la lèvre droite. On passera deux, trois, quatre points de suture, selon la grandeur de l'incision.

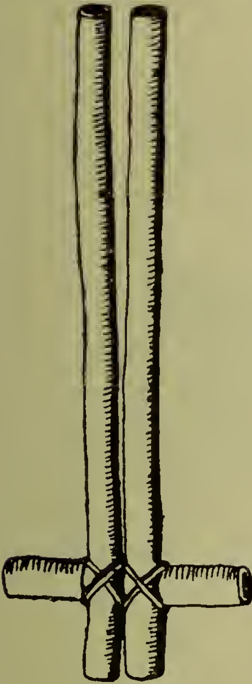


Fig. 5.

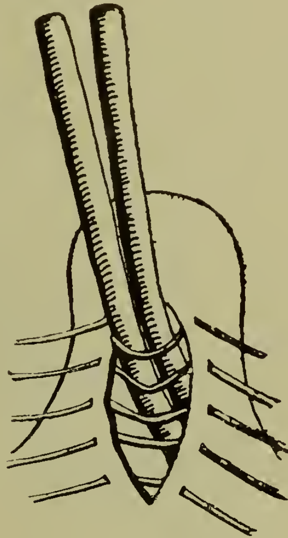


Fig. 6. — Introduction du drain.

Les fils étant placés et assujettis à chaque bout par des pinces de Péan, on en attirera à soi la partie médiane à l'aide d'une pince de Péan, de manière à ce qu'ils ne soient pas entraînés par le drain, et on procédera à l'introduction de ce dernier.

On saisit le drain entre les deux mors de la pince et on l'introduit dans le cul-de-sac de Douglas en se guidant sur l'index gauche qui maintient les fils.

Le drain étant placé, l'aide le saisit et le soulève de manière à ne pas gêner l'opérateur qui serrera les fils.

On serre donc les fils, on les coupe à ras, on lave le vagin à la solution phéniquée et on le bourre de gaze iodoformée.

Le drain laisse écouler pendant plusieurs jours un suintement séro-sanguinolent. On le laisse en place, cinq jours en moyenne, ou plutôt, règle générale, tant qu'il s'écoule quelque chose.

Dans le cas II, le drain fut laissé dix-sept jours, parce qu'il s'écoulait un liquide purulent; nous avons fait, par le drain, des lavages intra-péritonéaux avec la solution boriquée à 3/100.

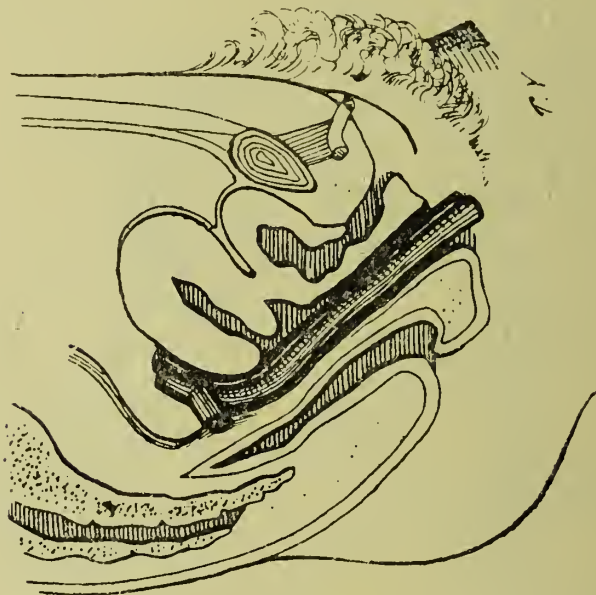


Fig. 7. — Rétroflexion réduite et drain en place après l'opération.

Voici en détail, l'observation de la malade dont nous avons parlé au début de ce travail. C'est cette malade pour laquelle nous avons été amenés à pratiquer l'opération décrite plus haut :

Observation I. — Mme J..., âgée de 31 ans. Rougeole... coliques néphrétiques, convulsions jusqu'à 7 ans; première menstruation à 12 ans, régulièrement, durée quatre jours ; règles abondantes, nausées avant les règles, coliques après ; à 13 ans, suppression des règles

à la suite d'une grande frayeur; aménorrhée pendant neuf mois.

De 14 à 21 ans, bien réglée, quatre jours par mois, règles abondantes.

Mariée à 21 ans; durée des règles : huit jours.

A 24 ans, *accouchement à terme* : enfant vivant pesant 5 kil. 750 gr., déchirure du périnée au deuxième degré (jusqu'au sphincter anal). Se leva au bout de cinq jours. Bonnes suites de couches. Ne nourrit pas son enfant.

Six semaines après, retour des couches; durée des règles : huit jours, abondantes.

A la marche, sensation de pesanteur et douleurs dans le côté gauche. La malade ne pouvait aller en voiture, *ni marcher sur un pavé pointu*; la moindre secousse lui faisait mal.

A 25 ans, fièvre typhoïde grave, resta cinquante jours au lit. Forme abdominale et cérébrale.

A 26 ans, entra à la Maternité dans le service de M. le professeur Bouilly, qui, le 29 mars 1887, tenta sous le chloroforme la réduction d'une rétroflexion utérine fixée, par la méthode de Schultze, et appliqua un pessaire de Thomas. Quatorze mois plus tard, ce pessaire fut enlevé.

En octobre 1890, la malade vint me consulter.

Elle se plaignait de douleurs à la marche et de pesanteur.

Il lui semblait, disait-elle, que sa matrice allait tomber.

Je constatai au toucher que le col était abaissé de deux travers de doigts au-dessus des épines sciatiques. Le corps de l'utérus se sentait en arrière dans le cul-de-sac de Douglas ; il y était fixé de telle façon qu'il était impossible, même par des efforts violents, de le mobiliser.

Il était douloureux à la pression.

De novembre 1890 à décembre 1891, j'essayai la réduction progressive de l'utérus par la méthode de *Thure-Brandt*. Je dois avouer que je n'obtins aucun succès. L'utérus resta en rétroflexion fixée. La méthode de *Thure-Brandt* d'une part, celle de *Schultze* de l'autre, ayant échoué dans le traitement, je cherchai par quel moyen je pourrais arriver : 1° à détruire les adhérences; 2° à réduire l'utérus en avant et à le maintenir dans sa nouvelle position. C'est alors que j'imaginai la méthode qui a été décrite précédemment.

L'opération fut faite le 22 décembre 1891.

Elytrotomie interligamentaire. — La malade fut placée dans la position représentée dans la figure 1.

Le siège relevé par un coussin, de manière à refouler en bas l'intestin et l'épiploon qui auraient tendance à faire hernie par la plaie.

La lèvre postérieure du corps fut saisie avec la pince à griffes et attirée fortement en haut, de manière à faire saillir les ligaments utéro-sacrés et à dessiner nettement la dépression interligamentaire.

La muqueuse vaginale fut saisie avec une pince à 6 centimètres environ au-dessous de la ligne d'insertion du vagin sur le col de l'utérus. La muqueuse ainsi fixée, je fis une incision d'environ 5 centimètres intéressant la muqueuse et la couche musculaire, et j'introduisis le doigt dans le cul-de-sac de Douglas. Je rencontrai des adhérences multiples de l'utérus avec le rectum, surtout à gauche.

Je m'aidai de la main droite qui, déprimant l'abdomen, vint à l'encontre du doigt de la main gauche, de manière à fixer l'utérus comme le montre la figure 4.

J'éprouvai cependant une grande difficulté à détruire les brides solides et résistantes qui fixaient l'utérus en arrière. J'y réussis après plusieurs tentatives, et l'introduction d'un second doigt qui me permit d'atteindre plus haut et d'opérer plus facilement la réduction.

Je libérai l'ovaire gauche des adhérences dans lesquelles il était enclavé. Les doigts passèrent ensuite à droite et rompirent facilement quelques adhérences périmétriques de ce côté.

Les annexes ayant un volume normal, je les laissai en place.

Les adhérences rompues et l'utérus devenu libre, il s'agissait de le maintenir dans la position normale, c'est-à-dire en avant. J'introduisis donc un drain en T qui, tout en assurant l'écoulement du liquide provenant de la rupture des adhérences, devait servir en même temps de tuteur à l'utérus et l'empêcher de basculer en arrière.

Le drain placé, je pratiquai au-dessous cinq points de suture au catgut, de façon à fermer complètement la plaie. Après un lavage à la solution phéniquée à 2/100 de la cavité vaginale, je bourrai cette cavité de gaze iodoformée. Le drain laissa écouler une quantité assez considérable de liquide séro-sanguinolent.

Le lendemain, c'est-à-dire le 23, premier pansement, la gaze fut enlevée, et l'on fit un lavage vaginal.

Tous les jours, matin et soir, lavages antiseptiques de la cavité vaginale. Le drain laissa écouler les trois premiers jours un liquide séro-sanguinolent.

Le huitième jour, la malade se levait et pouvait aller et venir sans éprouver aucune douleur : elle n'éprouvait plus de pesanteur et se sentait, disait-elle, plus légère.

L'utérus était en avant, maintenu qu'il était par le drain.

Le 31 décembre, j'enlevai le drain et le remplaçai par une mèche de gaze iodoformée.

La malade ayant eu le périnée déchiré à la suite d'un accouchement antérieur, je fis la périnéorraphie selon la méthode de Lawson-Tait-Sänger.

Le 16 janvier, la malade se trouve guérie de ses différentes affections.

Le 20 janvier, examen de la malade :

L'utérus est en avant, le paramétrium est libre. La plaie du Douglas est fermée.

Le 15 mars, nouvel examen :

Rien de changé dans l'état des organes. La malade a eu plusieurs fois ses règles depuis l'opération et sans aucune douleur.

Observation II. — Mme A. P.., 26 ans. Réglée à 17 ans, irrégulièrement. Accouchement à terme à 25 ans. Enfant vivant. Bonnes suites de couches.

En mai 1890, accouchement au huitième mois. Enfant vivant.

En janvier 1892, vint me consulter. Douleurs à droite, dans la région iliaque, à gauche, dans le pli de l'aine.

Diagnostic : Ovaro-salpingite gauche. Rétroversion fixée. Pyométrite.

Opération le 14 janvier 1892. Curettage galvano-caustie (5 minutes). Elytrotomie interligamentaire.

A gauche, ovaire et trompe agglutinés, formant une tumeur grosse comme une mandarine, qui se dissipa après plusieurs tentatives. Drainage.

Examen après l'opération : La tumeur s'est dissipée après la rupture des adhérences. L'utérus est mobile et en légère antéflexion.

Examen ultérieur : L'utérus est en légère antéflexion. Le paramétrium est libre. On ne sent aucune tumeur dans le petit bassin.

Observations : Le 16 janvier, lavage dans le drain avec la solution boriquée à 3/100. Suintement séro-purulent pendant les premiers jours.

Du 16 au 20, lavages intra-péritonéaux deux fois par jour.

Le 31 janvier (17 jours après l'opération) enlèvement du drain. Légère cystite traitée par deux injections de nitrate d'argent à 1/1000.

Le 6 février, opération d'Emmet.

Le 22 février, la malade quitte la Clinique guérie.

Observation III. — Mme C..., 30 ans. Réglée à 15 ans, irrégulièrement. Cinq accouchements à terme. Bonnes suites de couches.

Trois fausses couches de six semaines et de trois mois. Après la dernière couche, péritonite, métrite.

17 septembre 1891, curettage.

10 janvier 1892, vint me consulter.

Diagnostic : Endométrite. Antéversion. Abcès pelvien.

Opération le 16 janvier 1892. Curettage galvano-caustie (5 minutes). Elytrotomie interligamentaire. Issue de pus à l'ouverture du Douglas. Hernie de l'épiploon. Drainage.

Examen après l'opération : L'utérus est mobile dans le bassin.

Examen ultérieur : Le 15 février, utérus en antéflexion légère et mobile.

Observations : A l'ouverture du Douglas, il s'écoule du pus en abondance. Lavage du Douglas. L'épiploon fit un instant hernie par la plaie et se réduisit de lui-même après élévation du bassin et placement d'un coussin sous le siège.

Le 19 janvier, on enlève le drain.

Observation IV. — Mme G..., 28 ans. Réglée à 14 ans, irrégulièrement. Mariée à 21 ans. Trois mois après, fausse couche, à 22 ans, accouchement à terme. Fièvre puerpérale. Resta couchée cinq mois, phlébite jambe gauche. Depuis douleurs continuelles.

Entra à la Clinique le 16 février.

Diagnostic : Rétroflexion fixée. Annexes gauches enclavées dans des masses d'exsudat.

Opération le 16 février 1892. Curettage galvano-caustie (5 minutes). Elytrotomie interligamentaire.

Il faut déployer une force considérable pour rompre les adhérences rétro-utérines. Drainage.

Examen après l'opération : L'utérus est mobile dans le bassin, les annexes sont libérées.

Examen ultérieur : 15 mars. Col en arrière, on sent la cicatrice du Douglas qui est complètement fermée. Utérus en antéversion.

Observations : Le drain rendit dans les premiers jours une quantité considérable de liquide séro-sanguinolent.

Le 17, on essaya un lavage intra-péritonéal, qui ne put être supporté.

Le 18, coliques néphrétiques des deux côtés, piqûres de morphine. Hématurie pendant vingt-quatre heures.

Le 22 (7e jour), enlèvement du drain.

Le 24, nouvelle crise de coliques néphrétiques à gauche. Ce fut la dernière.

Le 27, sortit guérie.

Observation V. — Mme G..., 24 ans. Réglée à 12 ans, régulièrement. Aucune maladie antérieure. Mariée à 18 ans. A 19 ans, accouchement à terme. Bonnes suites de couches, règles douloureuses, sensation de pesanteur à la marche, douleurs dans les aines. Entra à la Clinique le 28 février.

Diagnostic : Rétroversion fixée. Cystite hémorragique.

Opération le 1er mars 1892. Curettage, galvano-caustie (5 minutes). Elytrotomie interligamentaire.

Les adhérences sont rompues facilement. Drainage. Endoscopie par le Dr Duchastelet.

Examen après l'opération : L'utérus est en avant. Rien dans le cul-de-sac. La plaie vaginale est fermée.

Examen ultérieur : 17 mars. Rien de changé dans l'état des organes. La malade se porte très bien.

Observations : Ecoulement de sérosité mêlée de sang, pendant trois jours.

Le 5 (5e jour), enlèvement du drain.

Le 6, la malade se leva. Sortit guérie. A eu ses règles le 15, sans douleur.

Observation VI. — Mme F..., 40 ans. Réglée à 13 ans et six mois, régulièrement. Pas de maladie antérieure. Mariée à 22 ans. A 24 ans, fausse couche de sept mois; à 25 ans, fausse couche de six mois; à 26 ans, accouchement à terme, enfant vivant; à 29 ans, accouchement à terme, enfant vivant. Retour des couches onze mois après, bien que n'ayant pas nourri son enfant.

Novembre 1890. Cystite purulente, rétroversion fixée. — Massage par la méthode de Thure-Brandt sans succès. Entra à la Clinique le 19 mars.

Diagnostic : Rétroversion fixée. — Cystite du col.

Opération le 19 mars 1892. Curettage, galvano-caustie (5 minutes). Elytrotomie interligamentaire. Agrandissement de l'incision avec des ciseaux. Décollement difficile du bord gauche de l'utérus. Introduction alternative de la main gauche et de la main droite. Drainage.

Examen après l'opération : L'utérus est mobile et en avant.

Examen ultérieur : 2 avril. Rien de changé. L'utérus est en avant.

Observations : La rupture des adhérences fut très pénible et très difficile. Enlèvement du drain le 24 mars. Sortit guérie le 26.

Observation VII. — Mme D..., 29 ans. Réglée à 14 ans, irrégu-

lièrement. Mariée à 19 ans. Leucorrhée abondante. A 21 ans, accouchement à terme, enfant vivant.

A 24 ans, après grande frayeur, maux de reins, coliques, métrorrhagie (20 jours).

Décembre 1890. Péritonite. Obstruction intestinale apparente. On proposa la laparotomie, mais rendit du gaz par l'anus. Resta couchée trente-six jours. Règles et leucorrhée abondantes. Douleurs dans le bas-ventre et à droite. Entra à la Clinique le 11 mars.

Diagnostic : Latéro-version fixée à droite. Ovaro-salpingite droite.

Opération le 19 mars 1892. Curettage, galvano-caustie (5 minutes). Elytrotomie interligamentaire. Rupture de la tumeur sous l'effort des doigts. Adhérences avec l'épiploon faciles à rompre. Drainage.

Examen après l'opération : L'utérus est mobile dans le bassin, la tumeur tubo-ovarienne droite a disparu.

Examen ultérieur : 3 avril. L'utérus est toujours en avant. La plaie du Douglas est fermée

Observations : La tumeur se rompit sous l'effort exercée par les doigts. C'était un petit kyste de l'ovaire. La malade eut des vomissements incoercibles qui cessèrent après l'ingestion de bouillon peptonisé.

Le 25 (5 jours après), enlèvement du drain. Se leva le 27. Sortit guérie le 2 avril.

Observation VIII. — Mme S..., 35 ans. Réglée a 16 ans, régulièrement. Mariée à 25. Pas de maladie antérieure. A 31 ans, fausse couche de trois mois. A été alitée cinq mois, fièvre, frissons, etc. Va consulter M. le professeur Pinard, lequel l'a adressée au professeur Pozzi, qui conseilla la laparotomie; consulta le Dr Doléris qui conseilla aussi la laparotomie; consulta le Dr Navel, qui pratiqua, pendant deux mois et demi, la méthode de Thure-Brandt. Au début, la tumeur, grosse comme les deux poings, se réduisit finalement à la grosseur d'un œuf de poule, mais l'utérus était toujours adhérent, immobile et en rétroversion fixée.

Diagnostic : Rétroversion fixée. Adhérences pelviennes généralisées, tumeur ovaro-salpingienne à droite.

Opération le 15 juin 1892. Curettage, élytrotomie interligamentaire, décollement pénible des adhérences. Je sens la tumeur se rompre sous le doigt et un liquide séro-sanguin s'échapper par la plaie, la main introduite, ramène des débris kystiques.

Les annexes gauches sont libérées de leurs adhérences. Drainage.

Examen après l'opération : L'utérus est mobile et en avant.

Examen ultérieur : 20 juillet. Rien de changé ; l'utérus est en avant, cependant le Dr Navel fit quelques séances de massage utérin pour mobiliser le paramétrium. Depuis lors la malade va très bien et n'a aucune tumeur à droite, ni aucune douleur.

Règles normales non douloureuses.

Observations : Malade guérie par l'élytrotomie, bien qu'il y eut deux praticiens qui aient proposé de l'opérer par la laparotomie.

Elle a avantage de n'avoir aucune cicatrice sur le ventre et de plus, de n'avoir pas couru les dangers de la laparotomie dont la statistique, même la meilleure, présente toujours des cas de mort ; tandis que pour l'élytrotomie interligamentaire il n'y a jamais d'insuccès ; la malade, règle générale, se lève au bout de quinze jours et souvent avant.

Observation IX. — Mme P..., 22 ans. Réglée à 11 ans et six mois, régulièrement, quatre à cinq jours. Mariée à 19 ans.

Infection blennorrhagique à la suite d'une menstruation. Cystite ; métro-pelvi-péritonite aiguë. Fièvre 38°5 à 39° tous les soirs. Plusieurs frissons.

Diagnostic : Ovaro-salpingite à gauche. Pelvi-péritonite.

Opération le 22 juin 1892. Curettage de l'utérus suivi de l'élytrotomie interligamentaire. Rupture manuelle des adhérences. Drainage avec la gaze iodoformée. Douze heures après l'opération, application d'un drain double en caoutchouc sous le chloroforme.

Examen après l'opération : L'utérus est mobile dans le bassin et la tumeur tubo-ovarienne gauche est disparue.

Examen ultérieur : 27 juillet. La malade est complètement guérie, elle n'éprouve plus aucune douleur. Le paramétrium est complètement libre.

Observations : Douze heures après l'opération les adhérences étaient reformées et il y avait une grande quantité de liquide séro-sanguin qui était retenu en arrière de la plaie par suite de l'insuffisance du drainage fait avec la gaze iodoformée ; ceci prouve qu'après la rupture des adhérences, si on veut sûrement en empêcher la reformation, il faut, de toute *nécessité, drainer avec un tube en caoutchouc,* surtout, *s'il s'agit d'une infection aiguë et virulente.*

Lavages intra-péritonéaux faits par le double drain pendant toute la durée du traitement. Ces lavages ont été faits par le Dr Navel, d'abord avec la solution boriquée saturée, puis avec la solution de sublimé acide 1/5000, à cause de l'élévation de la température due à l'infection aiguë.

Observation X. — Mme G..., 28 ans. Fausse couche de deux mois

en 1892. Entrée à l'Hôtel-Dieu le 16 mai 1892. Mal dans le ventre et dans les reins. Dilatation successive avec sept tiges de laminaria. Curettage de la matrice. Le 15 juillet 1892, entrée à la Clinique. Douleurs violentes dans l'aine droite. Maux de reins. Sensation de pesanteur au bas-ventre. Élancements dans le côté droit.

Diagnostic : Métrite aiguë. Tumeur tubo-ovarienne droite. Utérus en rétroversion fixée.

Opération le 19 juillet. Curettage, élytrotomie interligamentaire. Rupture des adhérences situées en arrière de la matrice. Écoulement d'une certaine quantité de pus qui a suivi le décollement de ces adhérences.

Examen après l'opération : L'utérus est en avant, mais légèrement fixé à droite.

Examen ultérieur : 25 août. L'utérus, après quatre ou cinq séances de massage, est devenu complètement mobile. La tumeur tubo-ovarienne est disparue et le paramétrium est libre.

Observation : Si la malade avait été traitée dès le début par l'élytrotomie, on aurait pu lui éviter beaucoup de souffrances.

Observation XI. — Mme M..., 35 ans. Quatre accouchements. 28 avril 1890, dernier accouchement. Suite des couches mauvaise. Abcès de l'aine. Se plaint de douleurs dans l'aine droite. Douleurs au fondement.

Diagnostic : Ovaro-salpingite à droite. Utérus fixé à droite. Métrite subaiguë.

Opération le 19 juillet 1892. Élytrotomie. Rupture des adhérences. Drainage.

Examen après l'opération : Utérus en rétroversion. Le paramétrium est complètement libre.

Examen ultérieur : 29 août. L'utérus est en avant. Le paramétrium est libre. Aucune tumeur.

Observations : Suites de l'opération régulières. Guérison.

Observation XII. — Mme C..., 33 ans. Première menstruation à 13 ans. Règles cinq jours, abondantes, caillots. Premier accouchement à 20 ans. Deuxième à 32 ans. Péritonite, fièvre, frissons. Trois mois alitée. Marche pénible. Sensation de pesanteur en marchant. Douleurs au fondement.

Diagnostic : Métrite fongueuse et hypertrophique. Adhérences de l'utérus en arrière. L'utérus est fixé contre le sacrum, bien qu'il soit en antéversion. On sent de la fluctuation à gauche dans le vagin. Abcès pelvien gros comme les deux poings.

Opération le 30 juillet 1892. Curettage de la matrice. Élytrotomie. A l'incision, écoulement du pus.

Examen après l'opération : Le 17 août les adhérences sont complètement rompues. L'utérus est mobile. Le paramétrium est libre.

Pas revue depuis l'opération.

Observations : Lavage du péritoine par le drain double pratiqué jusqu'au 10 août, jour où on enleva le drain. Pendant l'opération, il s'écoula environ un demi-litre de pus par le vagin et des fausses membranes. *Curettage de la poche purulente.*

Observation XIII. — Mme P..., 30 ans. Première menstruation à 15 ans. Fièvre typhoïde à 23 ans. Aucun accouchement. En juillet 1889, fausse couche de six semaines. Pertes blanches à la suite de cette fausse couche. Se plaint de douleurs dans le bas-ventre et de maux de reins en marchant. Sensation de pesanteur comme si quelque chose allait sortir.

Diagnostic : Ovaro-salpingite à droite. Utérus en antéversion.

Opération le 1er août. Curettage. Élytrotomie interligamentaire. A l'introduction de la main on rencontre des adhérences en arrière de l'utérus qui se rompent assez facilement.

Examen après l'opération : L'utérus est mobile. Les annexes ne présentent aucune tumeur.

Examen ultérieur : 25 août. La plaie du Douglas est refermée. Le paramétrium est libre. On ne sent rien du côté des annexes.

Observations : Suites de l'opération régulières. Guérison.

Observation XIV. — Mme B..., 34 ans. Première menstruation à 11 ans et six mois, régulièrement, durée sept à huit jours. Mariée à 29 ans. Trois accouchements. En 1888, a eu un commencement de péritonite à la suite de sa dernière couche, frissons, fièvre. Se plaint de maux de reins, en marchant sensation de pesanteur, douleurs dans le ventre et dans les reins. Les chocs et les secousses de voitures sont parfois intolérables. Lorsqu'elle se lève, étant assise, elle a mal dans le bas des reins.

Diagnostic : Ovaro-salpingite à droite. Utérus en rétroflexion fixée, surtout en arrière et à gauche.

Opération le 4 août. Curettage. Élytrotomie. La rupture des adhérences est assez pénible, surtout à gauche.

Examen après l'opération : L'utérus est complètement mobile, situé en avant. Rien du côté des annexes. La plaie du Douglas est entièrement refermée.

Examen ultérieur : 19 août. La malade est guérie et partie à la campagne.

Observations : Suites de l'opération régulières. Guérison.

Indications. -- L'élytrotomie interligamentaire peut être employée :

1° D'une façon générale pour rompre les adhérences de l'utérus avec les organes voisins ;

2° Pour rompre les adhérences de l'utérus et des annexes entre eux ;

3° Pour le traitement des rétro-déviations mobiles ou fixées (rétroversions et rétroflexions) ;

4° Pour le traitement des antéflexions pathologiques ;

5° Pour toute collection sanguine ou purulente rétro-utérine ;

6° *Dans les cas d'exsudats, de pelvi-péritonite et de péritonite généralisée aiguë ou subaiguë, soit à la suite des couches, soit à la suite de la menstruation, soit à la suite d'une infection quelconque* (gonorrhoïcale) *ou d'une infection mixte, telle que l'appelle* Bumm, *ou d'une infection simple, telle que la tuberculose et autres* ;

7° Comme incision exploratrice pour confirmer un diagnostic ;

8° Il est bien entendu que, si chemin faisant on trouvait les annexes malades, on les extirperait; mais, lorsque l'ovaire et la trompe présentent un volume normal, il n'y a aucune indication à les enlever, suivant en cela l'opinion formulée par M. Lucas Championnière qui veut éviter aux malades toute mutilation inutile; bien souvent, comme dans le cas II, on sent une tumeur de la grosseur d'une mandarine, qui n'est autrement constituée que par la réunion de l'ovaire et de la trompe dans une masse d'exsudats : nous en avons eu là un exemple frappant. Cette tumeur s'est dissipée après la rupture des adhérences, et a disparu complètement. A la fin de l'opération, la trompe avait un volume normal. Nous n'avons pas cru devoir l'enlever et la femme se porte actuellement très bien.

Nous n'avons observé aucune hémorragie à la suite de la rupture des adhérences. Cependant nous avons rompu des adhérences très résistantes et de toute nature, des adhérences intestinales et des adhérences avec l'épiploon.

Il va sans dire que :

1° Si la tumeur ovarienne ou tubaire, etc., était trop volumineuse, on pourrait, après avoir fait le diagnostic, procéder ensuite à la laparotomie ;

2° S'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine *récente avec fœtus vivant*, il serait préférable de *faire d'emblée la laparotomie* qui permet mieux que l'élytrotomie de pratiquer l'hémostase.

Toutefois il est important pour le praticien de savoir s'il s'agit d'un *suintement séro-sanguin* ou d'une hémorragie véritable, c'est-à-dire d'un écoulement de sang sortant directement du vaisseau. Il nous est arrivé, au cours de laparotomies, d'avoir à rompre des adhérences péri-utérines, utéro-intestinales, épiploïques, etc. Après avoir défoncé le Douglas et placé le drain en T bien connu de Martin, nous avons constaté un écoulement séro-sanguin par l'orifice du drain. Cet écoulement *séro-sanguin* inquiète au premier abord l'opérateur, mais si l'on recueille le liquide sur une serviette, chaque goutte forme sur le fond blanc de la serviette *une tache avec plusieurs cercles concentriques de différentes nuances.* Une goutte de sang, au contraire, ne produit pas de cercles concentriques, mais une tache d'un rouge vif et uniforme.

Byford, dans douze cas, et Stratz, dans onze où ils ont fait l'élytrotomie, ne mentionnent aucune hémorragie à la suite de la rupture des adhérences.

Quant à moi, dans les quatorze cas que j'ai opérés, bien qu'il me soit arrivé de rompre des adhérences avec l'épiploon, des adhérences très résistantes, je n'ai eu à redouter aucune hémorragie à la suite de la rupture des adhérences. Enfin, dans plusieurs laparotomies, où j'ai craint une hémorragie, non du pédicule, mais des adhérences rompues, je n'ai pas dû intervenir ; *et ces fausses hémorragies (suintement séro-sanguin), se sont arrêtées d'elles-mêmes.*

Ici je dois ajouter que le drain, appliqué dans le cul-de-sac de Douglas, sert de *contrôle précieux* après l'élytrotomie ; on a même, sur ce point, l'avantage sur les méthodes de Thure-Brandt et de Schultze, qui ont aussi pour but de rompre les adhérences, mais, dans lesquelles, on va à l'aveugle et où on n'est jamais sûr de n'avoir pas causé d'hémorragie interne.

Quant à la réserve que mettent certains auteurs pour employer la voie vaginale, *réserve basée sur la présence de micro-organismes dans le vagin,* je ne la trouve pas fondée : en effet, le vagin, l'utérus et les organes génitaux externes sont désinfectés avec soin avant l'opération. Quant aux germes qui peuvent pénétrer après l'opération, ils peuvent être évités par des lavages antiseptiques. Du reste, il ne faut pas oublier qu'en pareil cas, *la source d'infection existait antérieurement dans le péritoine.* En donnant issue aux matières infectieuses, d'origine récente ou ancienne, on permet à l'organisme de se débarrasser de l'élément infectieux lui-même, d'éliminer par cette voie les ptomaïnes produites par l'échange des matières de ces bactéries.

En pratique, ce qui est important, *c'est de savoir comment l'on doit*

se comporter pour protéger les opérées contre un danger d'infection. Le mieux, à mon avis, est *d'agir toujours comme si la malade était sûrement infectée avant l'opération :* une très bonne méthode est de *drainer systématiquement*, dans chaque cas, par le cul-de-sac de Douglas, soit à la suite d'opérations sur les annexes, soit à la suite de toute opération qui intéresse le péritoine; de cette façon, on donne issue à tous les liquides qui proviennent des vaisseaux lymphatiques et des vaisseaux sanguins intéressés pendant l'opération. *En ne permettant pas au liquide de séjourner dans le péritoine on empêche les bactéries de trouver un milieu de culture, en vase clos, très favorable à leur développement et, en général, à la fermentation.* Celle-ci peut, même en l'*absence d'oxygénation, exalter la virulence de ces bactéries, et*, par conséquent, *augmenter le danger d'infection* pour la malade. Il faut donc drainer systématiquement.

A mon avis, ce qui a le plus empêché de prendre cette voie, c'est le manque de technique, la crainte bien justifiée d'aller à l'aveugle. En effet, même dans les traités de gynécologie américains et anglais, où l'on décrit l'opération classique de Battey, on ne voit pas très bien comment on peut éviter l'intestin et l'épiploon. Ils ne disent pas pourquoi il faut faire l'incision dans le milieu, pourquoi on doit la faire à une certaine distance de la face postérieure du col. La plupart de ces auteurs font *l'incision juste derrière le col de l'utérus* et peuvent *intéresser les ligaments.* Le praticien qui a une opération à faire, doit savoir *ce qu'il faut inciser*, *ce qu'il faut éviter.* S'il est bien éclairé sur ces points, il n'ira pas à l'aveugle et ne fera subir à la malade aucune mutilation inutile.

Avantages. — I. Ce mode de traitement *permet d'éviter la laparotomie :* l'utérus reste fixé en avant sans qu'il soit besoin d'avoir recours à l'hystéropexie. Du reste, à notre avis, la fixation en avant de l'utérus, qu'elle soit le produit d'un travail inflammatoire ou la conséquence d'une opération (hystéropexie), ne doit pas être considérée en principe comme une position normale.

Dans le cas VI, le col de l'utérus était fixé en avant, le cul-de-sac vésico-utérin était complètement comblé par des adhérences. De plus, la matrice était hypertrophiée et mesurait 10 centimètres. Nous avons cru devoir rompre les adhérences antérieures de l'utérus : cela a été, je l'avoue, très laborieux.

D'après ce cas, et d'autres encore qui ne sont pas des plus rares, on ne voit pas la nécessité de fixer l'utérus en avant au moyen d'une opération spéciale.

II. — L'élytrotomie interligamentaire peut servir d'incision explo-

ratrice lorsque le diagnostic est incertain. M. Lucas Championnière (1) disait :

« Je crois qu'il y a grand intérêt à considérer les choses tout autrement et qu'on peut guérir les malades *en les mutilant moins*. Dans un très grand nombre de cas, en effet, *si les lésions ne sont constituées que par des adhérences*, on peut très bien se contenter de les détacher, de libérer l'épiploon, l'intestin, les ovaires et les trompes *sans enlever ces organes*. Je l'ai fait plusieurs fois avec des résultats satisfaisants ».

Plus loin M. Championnière, après avoir dit qu'il fallait conserver les ovaires, surtout s'il s'agissait d'une jeune femme, ajoute :

« Je le crois d'autant mieux que je suis convaincu que ces opérations sont bonnes non seulement lorsque les ovaires et les trompes sont tout à fait sains, mais même lorsqu'ils sont atteints de certaines lésions qui n'entraînent pas des troubles graves par elles-mêmes.

» Ce n'est pas une vue de l'esprit, j'ai une expérience assez grande de ces cas ; j'ai pratiqué assez d'opérations où je n'ai fait que des destructions d'adhérences, soit qu'il ait été impossible de faire autre chose, comme dans les cas les plus anciens, soit comme dans des cas plus récents, qu'après avoir bien détruit les adhérences, j'ai constaté que trompes et ovaires étaient sains et décidé de les conserver ».

Nous ne pouvons que souscrire aux principes de chirurgie conservatrice que M. Championnière, après une longue expérience, a émis dans les lignes précédentes. Mais si pour M. Championnière (2), il est indiqué de faire une laparotomie pour rompre et détruire les adhérences de l'utérus et de ses annexes, à plus forte raison, l'élytrotomie, telle que nous l'indiquons, s'impose ; car, non seulement, la rupture des adhérences est *plus facile* que par la voie abdominale (attendu qu'on n'est pas incommodé par la masse des intestins), mais la femme évite

---

(1) *Ovarites Salpingites et traitement des adhérences*. Lucas Championnière, Paris, 1889, Lib. Cocoz.

(2) Le premier qui ait fait la laparotomie sans enlever les annexes en pratiquant seulement la rupture des adhérences est B.-E Hadra (Texas). — (Journal of the amer. med. assoc. 2 VI, 1885).

W.-M. Polk (Amer. j. of obst., VI, 1887. T. XX, p. 30).

Mundé (Amer. j. of obst., fév. 1888. T. XXI, p. 150).

F. Howitz (Cent. f. gynäk., 1889, n° 31, p. 549).

Lucas Championnière. Bulletin de la Société de Chirurgie (5 déc. 1888, p. 927).

Terrillon (Ann. gyn., 1889, T. XXVI, p. 348).

Chaput. Semaine médicale, 1892.

Frommel Centralblatt f. gynækologie, 1890, n° 6. Zur Behandlung der fixirte Retroflexio-Uteri.

tous les dangers de la laparotomie, et la difformité qu'une cicatrice plus ou moins considérable sur l'abdomen entraîne nécessairement avec elle. Enfin, la *hernie et l'éventration abdominale ne sont pas à craindre* comme dans la laparotomie.

III. — L'élytrotomie interligamentaire a, sur toutes les autres méthodes, l'avantage qu'elle n'expose pas à mutiler à l'aveugle et arbitrairement les *éléments nécessaires au soutien de l'organe de la gestation* (ligaments utéro-sacrés).

IV. — Loin de travailler à l'aveugle, on a, pour se guider, le doigt en contact direct avec les organes. *Le doigt n'est-il pas l'œil du gynécologue?* Quel moyen plus précieux de contrôler un diagnostic ?

On se trouve en rapport *immédiat* avec les organes et on peut les amener à la vue, tout comme dans la laparotomie, lorsqu'ils auront été libérés de leurs adhérences.

V. — Le choc opératoire et la réaction sont moindres que dans la laparotomie.

VI. — Les points de suture qui sont faits dans le cul-de-sac de Douglas permettent, sur une large surface, l'adossement des ligaments utéro-sacrés et contribuent à la consolidation du plancher pelvien.

VII. — Le drain sert de support à l'utérus, et intervient pour une grande part dans la statique normale de cet organe *en le maintenant en avant*, de façon à le faire basculer sur la vessie : à tel point qu'il finit par provoquer des mictions fréquentes, comme s'il s'agissait d'un fibrôme antérieur du corps de l'utérus : ces symptômes disparaissent après l'enlèvement du drain.

VIII. — *a.* Le T du drain sert à le maintenir en place : il n'est donc pas nécessaire de le fixer au col par un fil quelconque.

b. J'ai employé plusieurs espèces de drains : en caoutchouc, en verre, etc., trempés préalablement dans l'acide phénique ou le sublimé ; ce que j'ai trouvé de plus pratique c'est le drain en caoutchouc plongé pendant *une heure dans une solution saturée d'éther iodoformé* et qu'on laisse ensuite évaporer à l'air libre. Le drain *imprégné d'iodoforme* s'oppose à toute fermentation et n'offre aucune mauvaise odeur lorsqu'il a séjourné huit jours et plus dans le péritoine.

c. Le drain empêche les adhérences de se reformer et évite ainsi les dangers *d'occlusion intestinale* par reformation des adhérences. Dans une laparotomie que je fis l'année dernière pour une grossesse extra-utérine quelques heures après la rupture du sac, il s'était produit une hémorragie considérable que j'arrêtai en liant le pédicule de la trompe. Je ne fis pas le drainage de la cavité du Douglas ; et, ayant

eu l'occasion de faire, deux mois après, chez la même femme, une autre laparotomie pour une deuxième grossesse extra-utérine, je pus observer une adhérence très forte entre l'intestin et le pédicule ; cette adhérence ne se serait pas produite, selon moi, si j'avais drainé. Il y avait en outre à gauche, des adhérences récentes, causées par la rupture du sac fœtal : elles comprenaient plusieurs anses intestinales ; à la suite d'une opération laborieuse, bien que j'eusse rompu les nouvelles adhérences et que je me fusse rendu maître de l'hémorragie, que j'eusse fait le drainage, *je redoutais la reformation des adhérences :* cependant, à mon grand étonnement, vingt-quatre heures après, la malade expulsa spontanément un gaz, signe que l'intestin était libre et *qu'on n'avait pas à redouter* une obstruction intestinale. Les suites de l'opération furent tout à fait normales : de plus, l'utérus resta mobile dans l'abdomen.

IX. — *Par la méthode Thure-Brandt*, on n'est jamais sûr de rompre complètement les adhérences, parce qu'on a comme intermédiaires la paroi abdominale et la paroi vaginale.

Par la méthode de Schultze, bien qu'on agisse sous le chloroforme et qu'on emploie à la fois la voie vaginale et rectale, on agit *médiatement*. On n'est pas plus certain de rompre toutes les adhérences ; il y a en outre des cas, où, par l'emploi de cette méthode, la rupture est impossible malgré toute la force employée. De plus, les adhérences que l'on aura pu rompre en une séance, donnent une transsudation sanguine qui se résorbe difficilement, étant donné l'état inflammatoire ancien du péritoine qui amène presque fatalement la reformation des adhérences. Dans les cas aigus, cette méthode n'est pas applicable, tandis que la nôtre l'est dans tout les cas, *aigus* ou *subaigus* : abcès, pelvi-péritonite, péritonite généralisée, survenant, soit à la suite des couches, soit à *la suite d'une infection quelconque.* Du moment qu'on a un exsudat dans le Douglas, on peut, de la façon exposée plus haut, l'ouvrir, rompre les adhérences d'origine récente, constater l'état des annexes, laver et drainer.

Je ne vois pas qu'il y ait *une infection à craindre* quand il s'agit *d'une péritonite*, par la raison bien simple que, qui dit *péritonite*, dit *infection du péritoine. On ne doit donc, par conséquent, pas craindre d'infecter un péritoine déjà infecté. Rien ne pourra donc mieux amener la guérison que de considérer la cavité abdominale comme un vaste abcès, de rompre les adhérences, drainer et laver comme on ferait pour un large phlegmon ou un abcès d'un membre* : on amènera de cette façon une guérison rapide et on évitera de grandes souffrances aux malades.

Conclusions.

En résumé, l'élytrotomie interligamentaire est une opération qui consiste à inciser le cul-de-sac postérieur à 1 centimètre au-dessous de l'insertion du vagin sur le col de l'utérus ; cette incision est longitudinale et s'étend à environ 6-8 centimètres. On aura, pour se guider, trois points de repère importants : 1° *la saillie des ligaments utéro-sacrés* ; 2° *la dépression post-cervicale* qu'ils limitent ; 3° *la bride tranversale* qu'ils forment en haut par leur entre-croisement au niveau de leur insertion sur le col. Dans les cas où ces signes ne seront pas apparents, comme dans les exsudats du cul-de-sac postérieur, on saura, par ces données anatomiques, qu'il faut inciser à 1 *centimètre au-dessous du col* et *sur la ligne médiane*, de façon à *ne pas blesser les ligaments utéro-sacrés.*

L'élytrotomie interligamentaire est indiquée dans les cas d'abcès pelviens, d'adhérences de l'utérus et des annexes, soit entre eux, soit avec les organes voisins, et en particulier, dans les cas de rétro-déviations utérines, rétroversions et rétroflexions mobiles ou fixées. Elle a l'avantage sur la laparotomie de n'exposer la femme à aucun danger.

Les résultats ultérieurs sont excellents et évitent l'emploi d'un pessaire. Ce procédé permet la réduction radicale, en une séance, de toutes les adhérences pelviennes, et le redressement en avant de l'utérus. Il permet de contrôler le diagnostic quand celui-ci est incertain, et nous sommes persuadés que, grâce à cette méthode, bien des ovaires, qui auraient pu être enlevés par la laparotomie, seront respectés et conservés ; les femmes garderont, par cela même, la possibilité de devenir enceintes après l'opération.

Dans les cas de cancer, prolapsus, fibrômes, hémorragies utérines rebelles ayant résisté au curettage répété et au traitement électrique, l'*élytrotomie interligamentaire* sera employée avec avantage comme *premier temps de l'hystérectomie vaginale* ; parce qu'elle permettra de rompre les adhérences qui pourraient rendre l'opération plus pénible. On pourra ensuite, en toute facilité, *inciser les ligaments utéro-sacrés*, incision qui rendra l'ablation de cet organe, bien *plus facile que par toutes les autres méthodes employées jusqu'à ce jour.*

Quant à l'hystérectomie indiquée pour abcès pelviens ou affections bilatérales des annexes, il est évident que l'élytrotomie interligamentaire permettra à l'opérateur de s'arrêter à temps en cas d'erreur, sans mutiler inutilement la malade. En cas d'abcès pelviens, le drainage en T permettra la sortie du pus et rendra les lavages péritonéaux possibles, grâce au double courant d'entrée et de sortie des liquides, règle générale : *ne faire de lavages intra-péritonéaux que s'il y a écoulement de pus.*

On enlèvera le drain lorsque l'orifice ne donnera plus de liquides; mais il faudra, *en cas de rétroflexion, le laisser une huitaine de jours* pour permettre à l'utérus de conserver définitivement la position qu'on lui aura donnée.

Le drain est pour nous indispensable pour permettre l'écoulement des transsudations sanguines et empêcher la reformation des adhérences.

Les résultats obtenus jusqu'à présent sont excellents, témoins les douze cas de Byford, les onze cas de Stratz et les quatorze cas personnels mentionnés dans ce travail.

En résumé cette méthode permet de replacer l'utérus dans sa position normale en une seule séance. Elle rend l'emploi du pessaire inutile; elle permet de conserver les ovaires et rend, par le fait de la libération de ces organes, la conception plus facile. En un mot, elle peut être employée toutes les fois qu'il y a une maladie infectieuse de l'utérus ou de ses annexes, qu'il s'agisse d'une affection d'origine ancienne ou récente. L'emploi de cette méthode, permettra de sauver bien des cas désespérés et de guérir les femmes en leur évitant souvent une mutilation inutile.

Les malades II, IV, VII, VIII, IX, X, XIII et XIV eussent dû, d'après les indications jusqu'ici admises en chirurgie, *être traitées par la laparotomie.* Il est certain que pour elles c'est un grand avantage d'avoir évité la laparotomie ainsi *que les dangers qu'elle entraîne.*

APPAREIL POUR DÉMONTRER L'INFLUENCE DE LA CYPHOSE SUR LA FORME ET LA POSITION DU BASSIN

par M. **Treub** (Leiden).

Treub fait la démonstration d'un appareil destiné à montrer les influences de la cyphose sur le bassin.

L'appareil consiste en un bassin de bois, surmonté d'une tige flexible portant une boule de plomb en guise de tête. Le bassin est soutenu par un support permettant de changer l'inclinaison du bassin.

A l'aide de cet appareil on peut démontrer, d'une manière très simple, pendant les leçons théoriques obstétricales, les différents moyens de compensation qui sont mis en œuvre dans la cyphose et leur influence sur la forme et la position du bassin. De même l'appareil peut être employé à démontrer les influences statiques de la luxation congénitale bilatérale sur le bassin.

NOTE SUR LA SYMPHYSÉOTOMIE

par M. **Porak** (Paris).

L'Ecole de Naples n'a cessé de préconiser la symphyséotomie et récemment, en particulier, dans la séance du 15 mars, à l'Académie de médecine de Paris, MM. Charpentier et Pinard ont, de nouveau en France, rappelé l'attention sur cette opération.

Ils ont protesté contre le discrédit où elle était tombée. La vulgarisation de la méthode antiseptique, les progrès réalisés dans le manuel opératoire permettent aujourd'hui de la considérer comme ne faisant courir que peu de risques aux opérées.

J'ai eu l'occasion de la pratiquer deux fois.

Je ne fatiguerai pas l'attention du Congrès, par la relation de ces deux cas qui seront publiés *in-extenso* ailleurs.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une rachitique dont le bassin, légèrement asymétique, mesurait dans le diamètre promonto-sous-pubien 9 cent., 6; dans le second cas, d'un cyphotique dont le diamètre bi-sciatique mesurait 7 cent., 7.

Les deux parturientes étaient primipares, à terme, en travail depuis un temps déjà trop long, la dilatation du col était complète chez la première, presque complète chez la seconde, lorsque j'intervins. Dans l'un comme dans l'autre cas, j'appliquai le forceps, la femme se trouvant en travers du lit, et j'acquis la conviction qu'il serait impossible par ce moyen d'extraire l'enfant sans recourir à l'embryotomie. Je sectionnai la symphyse pubienne et j'eus la satisfaction d'extraire facilement deux enfants que j'ai abandonnés en bonne santé, l'état des mères restant satisfaisant.

Les succès obtenus par les opérateurs italiens, par Pinard, par Léopold et par moi-même, donnent l'espérance de restreindre le champ de l'embryotomie aux cas où l'enfant est mort.

Faut-il, tant que l'enfant est vivant, au moins dans les cas de rétrécissement du bassin, pratiquer la symphyséotomie jusqu'au degré de l'angustie pelvienne qui indique l'opération césarienne ? Cette limite est fixée à 6 cent., 5 par Morisani, et Novi voudrait qu'on l'abaissât jusqu'à 5 cent., 4. Les faits seuls permettront de résoudre cette question et ils ne sont pas encore assez nombreux pour autoriser une conclusion définitive. Chaque cas comporte d'ailleurs des données

trop complexes pour qu'on puisse restreindre à l'évaluation d'une seule d'entre elles la solution du problème.

Dans les deux cas qui me sont personnels, j'étais, dès le début, convaincu d'en venir à la symphyséotomie; j'ai cru devoir tout d'abord tenter l'application des forceps, qui, mieux que tout raisonnement, a pu me faire apprécier que le rétrécissement du bassin était infranchissable pour un enfant vivant.

A l'occasion, je n'hésiterai pas à pratiquer cette opération après avoir provoqué le travail pour reculer les indications de l'opération césarienne.

Quelques expériences sur le cadavre m'ont permis de constater des résultats, qui ont leur importance dans la détermination du manuel opératoire.

Si l'on sectionne la symphyse du pubis jusqu'au ligament triangulaire, en laissant celui-ci intact, l'écartement des pubis décrit un angle à base correspondant à l'extrémité supérieure de la symphyse, mais cet écartement est faible. Les pressions latérales ne peuvent pas lui donner une étendue qui dépasse 1 centimètre.

Le ligament triangulaire très puissant, inextensible fait corps avec la symphyse qu'il dépasse par en bas. Il est très difficile de l'en distinguer et de l'en détacher. Pendant l'opération, on peut cependant reconnaître qu'on le sectionne par le cri fibreux qui se produit alors.

Pour obtenir un écartement appréciable des pubis, il faut donc sectionner le ligament triangulaire dans toute sa hauteur.

Si l'on exerce sur les membres inférieurs du cadavre, tenus écartés, des pressions en dehors, les pubis, dès que la symphyse est sectionnée dans toute sa hauteur, s'écartent brusquement. Cet écartement ne mesure généralement que 4 centimètres et il se produit un diastasis de l'une des articulations sacro-iliaques avec rupture partielle du ligament antérieur de cette articulation.

Il est probable que chez une femme enceinte, le relâchement des ligaments permettrait à ceux-ci de conserver leur intégrité avec un écartement plus grand des pubis. L'abduction lente et progressive des cuisses compromettrait beaucoup moins les ligaments des articulations sacro-iliaques que leur abduction brusque.

Dans mes expériences, en forçant l'abduction des cuisses, le diastasis de l'articulation sacro-iliaque s'accuse davantage, autant que le permet la résistance du ligament inter-osseux, et avant que celui-ci ne soit intéressé, le diastasis se produit de l'autre côté. A ce moment, l'écartement des pubis mesure ordinairement 8 centimètres. Les

délabrements du tissu cellulaire anté-vésical et anté-urétral sont alors souvent considérables.

Un écart des pubis, dépassant 4 centimètres, entraîne des lésions du côté des articulations sacro-iliaques, d'abord unilatérales, puis bilatérales, lorsque l'écartement des pubis est très étendu.

Il ne faudra donc pas omettre de rechercher, lorsqu'on explorera la mobilité des articulations du bassin chez une symphyséotomisée, si l'une des articulations sacro-iliaques n'est pas plus mobile que l'autre.

M. Bouchacourt, qui a institué sur ce sujet des expériences variées sur le cadavre, insiste à juste titre sur les conditions individuelles, d'âge, de sexe, d'état de grossesse ou non, etc., qui font varier les résultats. Les lésions à la suite de la symphyséotomie pourront donc se présenter dans des conditions différentes, suivant les individus opérés.

Ces considérations expérimentales nous engageront à recommander aux aides qui tiennent les cuisses de l'opérée placée dans la situation obstétricale, de ne les écarter que juste assez pour découvrir le champ opératoire. De plus il est important de n'écarter les pubis que dans l'étendue nécessaire au passage de l'enfant. Les manœuvres effectuées pour son extraction permettent cet écartement dans l'espace nécessaire. Je ne pense donc pas qu'il soit utile d'employer des instruments pour maintenir écartés les pubis. M. Tuffier a inventé un instrument qui n'a d'avantage que pour l'expérimentation.

Dans mes deux opérations, après avoir découvert l'articulation des pubis dans toute son étendue par une incision médiane de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, j'ai attaqué la symphyse de bas en haut et d'arrière en avant, en procédant par petits coups sur la pulpe du doigt étendu, celui-ci garantissant les organes urinaires, situés derrière lui. L'introduction d'un cathéter dans la vessie est utile en ce qu'elle renseigne sur la situation de cet organe. Mais en prenant les précautions que j'indique, je ne comprends pas qu'on puisse blesser les voies urinaires. Il est inutile et très difficile de ménager le ligament triangulaire.

Cette manœuvre, très facile dans ma première opération, a été un peu moins facile dans ma seconde, parce que la vulve était extraordinairement œdématiée, et parce que les pubis, comme cela est la règle dans le cyphose, étaient très inclinés de haut en bas et de dehors et en dedans.

La plupart des opérateurs préfèrent sectionner la symphyse pubienne de haut en bas et de l'attaquer en avant; cela tient à ce qu'ils ont pratiqué l'opération, la parturiente étant étendue sur le lit.

Je suivrai aussi cette pratique, lorsque j'aurai résolu de pratiquer d'emblée la symphyséotomie.

Le bistouri m'a paru si simple et d'un usage si satisfaisant que je n'ai pas senti la nécessité de recourir à des instruments spéciaux. D'ailleurs, dans mes deux cas, il s'agissait d'opérations urgentes et je n'avais à ma disposition que le bistouri. L'opération, telle que la pratique Morisani avec la faux de Galbiati, me paraît très ingénieuse. Certainement l'occasion est prochaine, où, décidant de faire la symphyséotomie d'emblée, la femme étant étendue sur son lit, je lui donnerai la préférence. Elle est moins commode que le manuel opératoire que j'ai employé, lorsque la parturiente est placée en travers du lit.

On trouvera d'ailleurs, dans le mémoire lu par M. Charpentier, à l'Académie de médecine de Paris, dans la séance du 15 mars de cette année, et dans le rapport qu'il a présenté à la même compagnie dans la séance du 6 septembre, des détails très complets et des critiques autorisées sur ces différents procédés. Le manuel opératoire est dans ces diverses opérations toujours simple; il ne me paraît pas avoir d'influence très sérieuse sur les résultats immédiats ou tardifs. La gravité de l'opération dépend uniquement de l'écartement du pubis et celui-ci dépend du degré du rétrécissement du bassin et du volume de l'enfant.

Si, à mon avis, on peut opérer, la parturiente étant étendue sur le lit ou en travers du lit, c'est préférable de pratiquer les sutures, la femme étant étendue sur son lit, les membres inférieurs étant rapprochés. Dans cette situation, l'hiatus de la symphyse pubienne se ferme, on peut ramener facilement au contact, par des pressions latérales, les deux pubis écartés. J'ai passé des sutures profondes comprenant le disque inter-articulaire, et des sutures superficielles en nombre variable et suffisant pour obtenir une coaptation des parties aussi exacte que possible.

Je n'ajoute rien au sujet de l'accouchement en lui-même et du pansement de la plaie. On suivra rigoureusement le traitement antiseptique : c'est là une recommandation banale.

Dans le traitement consécutif les opérateurs attachent plus ou moins d'importance à la compression du bassin. Les uns emploient un double spica de l'aine, les autres des bandages inamoviles, silicatés ou plâtrés, d'autres enfin recourent à la bande d'Esmark.

Je me suis borné les deux fois à appliquer autour du bassin bien garanti d'ouate un bandage circulaire aussi serré que possible. J'ai fait des pansements rares.

Les conséquences de la symphyséotomie sont immédiates, secondaires ou tardives.

1° L'hémorragie par lésion des vaisseaux clitoridiens, la blessure des voies urinaires ne peuvent pas et ne doivent pas être le fait de l'opérateur; ils peuvent être la conséquence de l'opération. Un trop grand écart des pubis peut amener des lésions.

Dans mes deux cas, l'hémorragie à été modérée. Une simple compression nous en a rendu maître très rapidement;

2° Pendant les suites des couches, j'ai observé, pendant les premiers jours, une fièvre légère, le thermomètre marquant un peu au-dessus de 38°, et le pouls étant rapide, un peu d'anorexie, mais pas d'autres symptômes sérieux. Cela peut résulter de la fatigue d'un accouchement laborieux, du choc, en mettant de côté les fautes commises dans la pratique de l'antisepsie.

J'ai observé dans l'un de mes cas, une incontinence d'urine qui a persisté pendant trois jours (1). Dans quelques cas cités par les auteurs, elle a été assez tenace.

Dans mon second cas, il s'est produit des déchirures au col et au périnée, intéressant l'anus. La réunion a été obtenue complètement. Il ne faut pas oublier que pendant les premiers jours, on ne devra pas écarter les cuisses de la nouvelle accouchée et, par conséquent, on ne pourra pas surveiller les sutures. Aussi, devra-t-on employer les sutures du col au catgut et la périnéorraphie se fera aussi avec du catgut par le procédé de Brœse.

Enfin, les statistiques italiennes montrent qu'à peu près dans la moitié des cas, la réunion de l'incision au mont de vénus par première intention n'est pas obtenue.

Dans ma première opération, la réunion a été parfaite; dans le second cas, la réunion n'a pas été obtenue au niveau seulement d'un des points de suture, et après l'enlèvement de toutes les sutures, il en est résulté un écartement sur une longueur de quelques centimètres de la plaie, qui m'a paru superficielle. Le point disjoint n'avait pas suppuré, on ne peut donc accuser que l'enlèvement trop prématuré des sutures. C'était cependant au huitième jour que je les avais enlevées. Une autre fois, j'attendrai le dixième jour;

3° L'état de la marche est surtout à considérer parmi les conséquences tardives de la symphyséotomie. Quelques accoucheurs

---

(1) Récemment on a publié une observation de thrombus de la vulve qui a suppuré.

conservent à cet égard des appréhensions qui les empêchent d'adopter cette opération.

Ma première opération remonte au 10 juin, et j'ai revu ma patiente tout récemment, je l'ai même prise comme infirmière dans mon service. Elle n'éprouve aucune douleur dans la symphyse, soit qu'on y exerce des pressions, soit consécutivement à la marche. Il n'est cependant pas douteux que les articulations du bassin présentent chez elle un peu plus de mobilité qu'on ne l'observe trois mois après l'accouchement.

Ma seconde parturiente a été opérée le 19 juillet. L'écartement du pubis a dû être plus important que précédemment, puisque le rétrécissement était de 7 cent.,7, tandis que chez la première, il était de 9 cent.,6, moins la déduction. De plus, il n'y a pas eu de réunion par première intention de la plaie. Chez cette femme, la mobilité des articulations du bassin est certainement aujourd'hui plus marquée qu'elle ne devait l'être. A la symphyse du pubis, on constate non seulement un chevauchement dans le sens vertical, mais encore des mouvements dans le sens antéro-postérieur. Je n'ai pas pu déterminer exactement si la mobilité d'une des articulations sacro-iliaques est plus prononcée que celle de l'autre. Cependant, cette femme s'est levée un mois à peu près après l'opération. La sensibilité de la symphyse est modérée à la pression et n'est pas exagérée par la marche. Comment pourra-t-elle reprendre ses occupations courantes? L'observation ultérieure nous l'apprendra prochainement.

Ces quelques remarques me permettent de conclure que la symphyséotomie est une opération facile et sous le couvert de l'antisepsie peu dangereuse; qu'elle ne compromet pas ultérieurement la marche; qu'elle restreint les indications de l'embryotomie, qui ne devrait plus être employée sur l'enfant vivant.

ZUR THERAPIE DES ABORTUS

von H. **Emil Ekstein** (Teplitz).

In Anschluss an meine in « diesem Jahre publicirte Arbeit » über die Behandlung der Fehlgeburt, prager med. Wochnschft. Nro 17, 18, 1892, möchte ich hier an dieser Stelle mir erlanben, Ihnen, meine Herrn, einen Vorschlag zu machen, ein einheitliches Verfahren in die Behandlung der Fehlgeburt zu bringen.

Tot capita, tot sensus! kann man füglich sagen, wenn man die Therapie des Abortus durchsieht. Und doch ist man schon lange Zeit zur Erkenntnis gekommen, dass ein jeder operative Eingriff nur dann gedeihlich wirken kann, wenn alle Indicationen voll und ganz für denselben erfüllt sind. Wie Sie, m. H., aus dem Folgenden ersehen werden, kann man die Indicationen für das jeweilige operative Eingreifen bei der Fehlgeburt, ganz genau praecisiren und es bleibt eben nur der Zu kunft überlassen, dass man in fachmännischen Kreisen, wo man über die genügende Erfahrung verfügt, endgiltige Bestimungen für diese Behandlung trifft. Wie die Sache jetzt liegt, so finden wir in den verschiedenen Lehrbuchern, Monographien etc. die wiedersprechendsten Behandlungsweisen aufgeführt : Bald heisst es zuwarten, bald operativ ein greifen, hier wird Secale verabreicht, dort heisse oderkalte Vaginaldouchen, und anderes mehr. Und sa kann es nicht Wunder nehmen, dass man beim Studium dieses Capitels unserer Disciplin bei den einzelnen massgebenden Antoren auf ganz verschiedene Ansichten und Methoden für die Behandlung der Fehlgeburt stösst.

Um mir nicht eine Wiederholung meiner jüngst publicirten Arbeit zu Schulden komen zu lassen, möchte ich hier nur noch auf einen Vortrag Winckels-München hinweisen, den er im Jahre 1888 auf dem I. oberbayrischen Aerztetag über den Abortus und seine Behandlung gehalten hat. Mit seinen gesammelten Erfahrungen tritt Winckel nach Klarlegung der Entwicklunsphasen der Abortus-behandlung, von Fehling angefangen bis Dürssen, gerade der instrumentellen Methode entgegen und bekennt sich als Anhänger der exspectativen Methode. Die von Winckel als gut gepriesenen Erfolge dürften aber dennoch nicht den unsrigen gleichkomen, nachdem von 168 Fällen von partus imaturus, wobei 6 Mal die Placenta gelöst wurde, eine Wöchnerin an Sepsis starb, 21, 7% der Frauen fieberten und wobei 8 Wöchnerinen sogar längere Zeit von Fieber befallen waren. Wohl fällt die Behandlung einer Reihe von Fällen in die vorantiseptische zeit. Nie ist eine Curette verwendet worden. Vergleiche ich beispielsweise die von mir in der Poliklinik des Herrn Doctor Martin in Berlin durchaus nach der instrumentellen Methode behandelten Fälle von Abortus, so habe ich bei 66 Fällen mit Ausnahme eines Abortus putridus nicht allein keinen einzigen Fieberfall, sondern auch keinen Fall van Nacherkrankung. Ebeuso verhält es sich mit der Mehrzahl derübrigen in genannter Poliklinik behandelter Fälle von Abortus. Dies möchte ich nur nebenbei bemerkt haben.

Ist man als practischer Arzt, und im Interesse gerade der practischen

Aerzte möchte ich hier gesprochen haben, nicht in der glücklichen Lage, über eine aufeiner Klinik gesammelten Erfahrung zu verfügen, so wird sich woh jedem die Ueberzengung aufdrängen, das bei der Behandlung der Fehlgeburt, durch die in so anffallender Weise daselbst sich findenden Widersprüche, für Arztund Clientel höchst unangeneheme Zufälle heraufbeschworen werden können.

Der junge Arzt, der nach dem Examen durch missliche Privatverhältnisse in die Praxis hinans gedrängt wird, soll mit einem Male eine Fehlgeburt leiten, wo er sich, nur auf sein villeicht theoretisches Wissen sich stützend, sagen muss, dass er trotz fleissigen Collegienhesuches doch höchst selten eine Fehlgeburt behandeln gesehen, geschweige denn eine Behandlung sellst geleitet hat. Meine Herrn, ich, der ich Gelegengenheit hatte durch längere Zeit au der Privatanstalt für Franenkrankheiten des Herrn Dr Martin in Berlin zu arbeiten, spreche trotzdem aus Erfahrung, denn speciell bei uns in Oesterreich ist der Student nur darauf augewiesen, seine geburtshilflichen Kenntnisse nicht wie in Deutschland beispielsweise in der Poliklinik, sondern ausschliesslich nur im Gehährhause zu sammeln. Eine Abortusbehandlung war höchstens auf einer Ahtheilung der interneu Klink zu sehen; und dass selbe nicht da lege artis immer geleitet wurde, brauche ich wohl nicht erst hervorzuheben.

Sie, meine Herrn, werden es daher leicht begreiflich finden, dass man Zwei Semester Geburtshilfe eifrig gehört haben kann, ohne auch nur ein Mal eine Abortus behandeln gesehen zu haben.

Wie soll dann in rationeller Weise in der Praxis geholfen werden?! Und nur ein rationelles Vorgehen ist hier voll und ganz am Platze, weun nicht langwierige Blutungen, Ausfluss, fortgeleik tete Entzün dungsprocesse, ja sogar Neubildungen im weiteren Verlaufe entstehen sollen.

Um diesem Uebelstand abzuhelfen, bedurfte es bei uns in Oesterreick mancher Reformen : unter anderem müsste der Student bei seinem Examen ebenso über eine exacte Handhabung der Curette, als über die Application des Forcepss oder andere typische Operationen Rechenschaft ablegen.

Doch darüber will ich hier nicht weiter sprechen, sondern will, wie ich eingangs bemerkt kabe, Ihnen meine Herrn, einen Vorschlag machen, auf welche Weise es zu einer wissenschaftlichen Einigung, zu einer genauen Praecisirung der Indicationen für die Behandlung der Frühgeburt komen könte, ebenso wie in derselben Disciplin die Application des Forceps, die Wendung und andere derartige Eingriffe genau praecisirt sind, was ihre Indicationen anbelangt. Meine Erfah-

rungen sind viel zu gering, um dieses Verfahren, das ich in Folgendem ausemandersetzen will, als das wirklich zum Ziele führende zu bezeichnen, allein ich wäre vollkommen zufrieden, hier in dieser grossen Versammlung einen Impuls zu dieser grossen Arbeit, insbesonders unseren massgebenden Autoren gegenüber, gegeben zu haben.

Diese Lücke in unserer Disciplin auszufüllen, halte ich auf dem Wege der « Samelforschung » für nicht ganz un möglich. Und gerade hier in dieser Versammlung, in Anwesenheit der hervarragendsten Autoren aller Länder, könnte diesem Bedürfnisse am ehesten Rechnung getragen werden, so dass der Zeitpunkt nicht mehr ferne wäre, wo der practische Arzt einer geregelten, im Grossen und Ganzen allgemein anerkannten und geprüften Therapie der Fehlgeburt sich bedienen können wird. Auch wird es dann nicht mehr heissen, der Geübtere bedien sich der instrümentellen, der weniger Geübte mehr der exspectativen Methode.

Ein Beispiel von Samelforschung, die aber noch nicht abgeschlossen ist, hat uns bereits die deusche Gesellschaft für Chirugie gegeben, in der Samelforschung über Chloroform narcose. Ehenso erfolgreich, wie die genannte Vereinigung deutscher Chirurgen auf dem Gebiete der Narcose forscht, könnte doch auch auf dem so viel umstrittenem Gebiete unserer Disciplin geforscht werden.

Wenn wir uns fragen, ob sich denn die Therapie der Fehlgeburt, was ihre Indicationen aubelangt, genan feststellen lässt, das heisst, ob wir überhanpt im Stande sind, für die verschiedenen Stadien des Abortus unseren Eingriff von vornherein zu præcisiren, so möchte ich diese Frage nur mit Ja beantworten.

Von vornherein will ich aber bemerken, dass wir gestützt auf unsere Erfahrungen und Erfolge wohl ganz der instrumentellen Methode der Abortusbehandling anhängen und von diesem Standpunkt aus ist es dann auch möglich das therapeutische Eingreifen genan zu regelen. Es wird sich daher in einer eventuellen Samelforchung darum handelu, für folgende Stadien des Abortus eine rationelle Therapie festzustellen :

1. Für den Abortus imminens.
2. Für den schon im Gangebefindlichen Abortus.

Für letzteren müssen wir wiederum verschiedene Unterarten unterscheiden.

Massgebend für diese Eintheiling sind : der hinlänglich eröffnete oder geschlossene Cervical canal, die An-oder Abwesenheit der Frucht

im Uters, und die Blutung. Und so werden wir für 4 verschiedene Stadien die Therapie zu bestimen haben:

1. Cervicalcanal geschlossen, Frucht in utero, Blutung.
2. Cervicalcanal geschlossen, Frucht schon abgegangen, Blutung.
3. Cervicalcanal erweitert, Frucht in utero, Blutung.
4. Cervicalcanal erweitert, Frucht schon ausgestossen, Blutung.

Ferner für die selben vier stadien bei fehlender Blutung.

Ferner wäre einheitlich zu erwägen, ob der Uterusausräumung direkt ein Curettement der Uterusschleimhaut zu folgen haben wird, wie die Nachbehandlung zu leiten ist, weiters die Verabreichung von Secale und dessen verwandter Præparate, ebenso die Complicationen bei Fehlgeburt, wie Abortus putridus, Placenta prævia, etc.

Von diesem Standpunkt ansgehend habe ich einen Fragebogen zusamengestellt, der weiters noch Rubriken enthalt für Bestimung des Antisepticums, ev. Asepsis und Nachkrankheiten post abortum.

Mein Vorschlag geht weiters dahin, eine Comission zu wählen, die bis zune nächsten Congress eventuell ein Referat über die ein gelaufenen, beantworteten Fragebogen vorlegen soll, woran sich dann eine eingehende Debatte über dieses Thema anschliessen könnte.

DES TROUBLES DE L'APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME CONSÉCUTIFS AU REIN MOBILE

par M. **Thiriar** (Bruxelles).

Parmi les causes de l'ectopie rénale, presque tous les auteurs citent les affections de l'appareil génital de la femme; mais aucun, je pense, n'a renversé cette proposition et les ouvrages classiques ne font pas intervenir le rein mobile comme facteur des diverses maladies des organes utéro-ovariques. Quelques rares auteurs, il est vrai comme Keene, par exemple, ont attiré l'attention sur les accidents produits du côté des organes génitaux par le déplacement du rein, mais on a toujours attribué ces accidents à la neurasthénie concomitante et l'influence de cette luxation comme cause directe de certaines métrites, salpingites, ou ovarites n'a pas encore été mise en évidence; elle a été méconnue ou négligée jusqu'ici.

Mes recherches, entreprises depuis longtemps déjà, prouvent

cependant que c'est là un facteur étiologique important qui intervient assez souvent; s'il est méconnu, la guérison est presque toujours empêchée malgré les traitements les plus méthodiques et les mieux appliqués.

C'est en 1888 que pour la première fois j'ai été amené à rechercher les relations qui existaient entre le rein mobile et les affections de l'appareil génital de la femme. C'était chez une malade souffrant depuis longtemps de divers troubles utérins qui avaient produit une véritable cachexie. Je lui découvris un rein mobile et avant de procéder au curettage utérin, je pratiquai la néphropexie. Cette dernière opération suffit pour amener en peu de temps la disparition de tous les troubles dont elle se plaignait du côté de la matrice (pertes muco-purulentes, menstruation irrégulière et douloureuse, etc., etc.)

Depuis lors, j'ai toujours soin d'explorer les régions rénales des malades qui sont atteintes d'affections utéro-ovariques et souvent cette exploration me fait découvrir l'origine de ces altérations sous la forme d'un rein déplacé.

De mes observations, il résulte que l'ectopie rénale existe au moins dans 20% des cas d'affections du système génital de la femme. Ainsi, depuis le 1er octobre 1891 jusqu'à ce jour, j'ai eu en traitement, tant en ville qu'à l'hôpital, onze cas de reins mobiles chez la femme; toutes présentaient quelques troubles utérins; de ces malades, dix m'étaient du reste adressées avec le diagnostic d'affections utéro-ovariques; cinq avaient déjà subi à diverses reprises différents traitements, entre autres le curettage; une qui avait un déplacement bilatéral, avait eu la matrice et les annexes enlevées; une autre enfin était sur le point de subir une laparotomie lorsqu'elle est venue me consulter.

Chez toutes les malades, l'attention avait été exclusivement attirée du côté des organes génitaux, le rein mobile avait été méconnu.

J'ai pratiqué à dix de ces malades la néphropexie; six fois la guérison a été obtenue sans autre intervention, trois fois j'ai complété mon opération en curettant la matrice. Quant à la malade qui présentait un déplacement bilatéral et qui avait subi l'ablation des annexes d'abord, l'hystérectomie vaginale ensuite, sans constater de diminution dans ses souffrances, elle a été tellement soulagée par la fixation du rein droit qu'elle est sortie de mon service se réservant d'y revenir si le soulagement n'est pas définitif.

La coexistence d'une affection génitale et d'une ectopie rénale est donc très fréquente. Cette fréquence a déjà été signalée par Lancereaux (article *rein* du diction. encyclopédique) qui rapporte que la plupart des malades qu'il a trouvé atteintes de déplacement du rein présen-

taient des signes d'une ovarite plus ou moins ancienne. Et si on ne constate pas plus souvent l'ectopie rénale, c'est que la possibilité de ce déplacement est encore ignorée et que l'idée du rein flottant ne se présente pas toujours à l'esprit d'un grand nombre de médecins lorsqu'ils ont à traiter une affection utérine ou des annexes.

Cette ectopie est du reste parfois très difficile à constater; même lorsqu'on la soupçonne, il est quelquefois impossible de la découvrir. Bien plus il m'est arrivé de ne plus retrouver, le lendemain, le rein migrateur que j'avais palpé nettement la veille. Le rein peut, en eflet, regagner sa loge, la palpation peut dès lors donner des résultats variables, si on n'a pas soin d'examiner la malade dans diverses positons.

—

Etant donnée la fréquence des deux affections utérine et rénale existant en même temps, il y a lieu de se demander quels rapports elles ont entre elles, quelle influence elles exercent l'une sur l'autre.

On a cru jusqu'ici que c'était l'affection génitale qui produisait le déplacement du rein. Les faits que j'ai observés sont en contradiction formelle avec cette interprétation; tout démontre au contraire que la mobilité du rein est la cause initiale du développement de beaucoup d'affections de l'appareil génital chez la femme, surtout de beaucoup de métrites et de salpingites.

En effet, il suffit souvent de fixer le rein par la néphropexie ou par un moyen orthopédique quelconque pour faire disparaître certaines affections. Celles-ci ne peuvent, dans tous les cas, guérir si le rein mobile est méconnu.

En outre, dans les cas où j'ai spécialement interrogé les malades il est resté certain pour moi que toujours la mobilité du rein avait précédé les manifestations utéro-ovariennes. Chez ces malades, le cortège symptomatique de l'ectopie rénale ouvre ordinairement la marche et ce n'est que plus tard que la série des symptômes dénotant une altération génitale commence.

Il est facile du reste de donner une explication suffisante de cette marche dans les symptômes et les complications. Lorsqu'il existe un rein mobile, l'appareil génital de la femme est et doit être particulièrement vulnérable.

C'est dans les plexus nerveux et la circulation qu'il faut chercher la raison de cette vulnérabilité :

Avec Chroback, il est rationnel d'attribuer les désordres nerveux utérins à une irritation du plexus ovarique anastomosé comme on sait avec le plexus rénal, dont le tiraillement résulte presque forcément du déplacement du rein.

Le rein déplacé, cette tumeur physiologique, en outre, produit la plupart du temps une congestion intense dans l'appareil génital de la femme, de même que les tumeurs du rein chez l'homme produisent la varicocèle symptomatique du côté malade. Cette congestion est le résultat de la compression du plexus veineux spermatique à son arrivée dans la veine cave à droite, dans la veine rénale à gauche. Dans quelques cas exceptionnels le rein mobile peut même exercer sur la veine cave une compression suffisante pour amener un thrombus.

Cette congestion unie aux troubles nerveux est une condition qui favorise singulièrement l'infection de l'utérus et de ses annexes. Elle amène une exaltation des propriétés nuisibles des germes pathogènes qui sommeillent dans les parties génitales saines de la femme ; elle lève la barrière qui éloigne les germes de la cavité utérine ou qui les empêche de s'y développer.

Grâce donc à l'influence congestive et nerveuse qui entre en jeu la première, l'élément microbien qui vivait auparavant inoffensif dans les organes génitaux, se réveille, devient virulent et exerce sa nocuité sur tel ou tel organe génital, utérus, annexes, ovaires suivant les prédispositions plus ou moins accentuées du sujet.

L'infection survient donc par suite de la stase sanguine et des troubles nerveux existant dans l'appareil génital. Stase et troubles nerveux ont pour point de départ le rein mobile.

Pour conclure, Messieurs, je dirai que : il faut dorénavant ranger l'ectopie rénale parmi les causes fréquentes des diverses affections utéro-ovariques : déviations, prolapsus, métrites, ovarites, salpingites.

Les erreurs de diagnostic sont fréquentes et peuvent causer aux malades un préjudice d'autant plus regrettable qu'une thérapeutique rationnelle peut donner les résultats les plus heureux.

DEUX CAS D'OPÉRATION CÉSARIENNE[1]

par M. **Carl Jacobi Müller** (Anvers).

Messieurs, permettez-moi de vous faire la relation de deux cas d'opération césarienne et d'attirer spécialement votre attention sur les modifications que j'ai cru devoir apporter aux méthodes opératoires, ordinairement suivies.

Avant tout, quelques mots d'historique.

La première de mes opérées voit ses règles pour la dernière fois au mois de septembre 1888. Son état général n'a jamais laissé à désirer. Sa taille, en dessous de la moyenne, mesure 1^m,33.

Voici les quelques mensurations du bassin qui ont été prises : la distance entre les épines iliaques mesure 22 centimètres; celle entre les deux crêtes iliaques, 29 centimètres; le diamètre de Baudelock, 1,5 centimètre et le diamètre conjugé vrai, 6 centimètres.

Dans la nuit du 3 au 4 juin 1889, la poche des eaux se rompt, quoiqu'il n'existe pas de douleurs; celles-ci ne font leur apparition que la nuit suivante. Le 6 juin, au matin, l'orifice de l'utérus est dilaté: la dilatation a la grandeur d'une pièce de deux francs. Le même jour, à six heures du soir, je procède à l'opération avec l'antisepsie la plus rigoureuse. Après l'ouverture du ventre, je fais basculer l'utérus en avant et je plonge une grande éponge dans la cavité péritonéale, pour recueillir le sang qui pourrait s'écouler pendant les manœuvres opératoires. Je place quelques points de sutures sur la plaie abdominale, pour empêcher la sortie des intestins. Je mets une ligature (tube en caoutchouc) autour du col, en ayant soin de ne pas trop la serrer. L'incision est faite sur le fond de l'organe; deux tiers de celle-ci s'attaquent à la face antérieure, un tiers à la face postérieure. Le placenta, vu sa position, est un tant soit peu incisé. A ce moment, on serre fortement le tube en caoutchouc, et toute hémorragie cesse. L'enfant, au moment de sa naissance, présente tous les symptômes de l'asphyxie, mais revient bien vite à la vie, après quelques énergiques frictions. L'arrière-faix se dégage facilement. La matrice est lavée avec de l'eau chauffée à 50° centigrades et puis fermée. Je commence par faire une suture continue, profonde, d'avant en arrière, avec du catgut Hartmann n° 5, en ayant soin de ne pas y comprendre la caduque. On lâche, à ce moment, complètement la ligature placée sur le col utérin; tout épanchement sanguin disparaît. Je place alors une seconde suture continue sous-séreuse avec du catgut moins gros. Après avoir enlevé l'éponge de la cavité abdominale et retiré les points de suture, qui renfermaient celle-ci pour empêcher que les intestins ne sortent, je ferme le ventre avec dix-huit points de suture en fils de soie, que je renforce par une suture en catgut superficielle et continue. L'opération a duré trois quarts d'heure. Les suites en furent normales, et, le quinzième jour, la malade put se lever.

La deuxième opérée a eu quatre enfants, tous mort-nés. Arrivée au terme de la grossesse, l'enfant étant encore en vie, elle vient me

consulter; je lui propose l'opération césarienne, qu'elle accepte immédiatement. Sa taille mesure 1m,35 ; le dos et les membres inférieurs ne présentent pas de courbure anormale. La distance entre les épines iliaques est de 24 centimètres, celle entre les deux crêtes mesure 25 centimètres, le diamètre conjugué externe, 15 centimètres et le diamètre conjugué vrai, 6 1/2 centimètres. Le bassin du côté gauche est un peu plus rétréci que du côté droit. L'orifice du col utérin est situé très haut; on ne parvient guère à refouler la tête dans le bassin. La femme entre dans ma clinique le 4 novembre 1890. L'après-midi, à mon insu, elle se met un suppositoire avec 2 centigrammes de morphine, ce qui n'empêche pas les douleurs de continuer. A une heure et demie du matin, 5 novembre 1890, je fais l'opération, cette fois, sous l'asepsie la plus complète. L'opérée est placée dans la position de Trendelenburg. Après la laparotomie on fait basculer la matrice en avant, les intestins ne font pas saillie, malgré l'absence de points de suture. Une compresse ordinaire est posée légèrement autour du col. L'incision porte directement sur le fond de l'utérus, le placenta n'est pas atteint, malgré qu'il était situé en avant. On enlève l'enfant qui se présente en parfaite santé. La compresse est tordue plusieurs fois sur elle-même, et toute trace d'hémorragie disparaît aussitôt. L'arrière-faix est retiré facilement. La suture de l'utérus est faite comme la première fois et sur deux plans. On enlève la compresse, ayant servie de ligature et toute effusion sanguine cesse. Sans en avoir fait la toilette, je ferme l'abdomen, en plaçant quatorze points de suture en fils de soie et suture superficielle continue en catgut. L'opération a duré une demi-heure. Les suites de l'opération n'ont rien présenté qui fut digne d'attirer notre attention. Le huitième jour, on retira les fils de soie; la réunion des bords de la plaie a eu lieu par première intention. (Le onzième jour, l'opérée s'est livrée au plaisir de la danse, alors que je ne lui avais pas encore permis de se lever).

L'examen ultérieur, après six semaines environ, dans les deux cas, m'a démontré que l'utérus a conservé une mobilité parfaite.

1. Le point capital pour toute laparotomie est l'asepsie la plus sévère. L'opérateur et ses assistants doivent être revêtus de linge propre. Quant à la stérilisation des essuie-mains, des compresses, de la soie, de la gaze et de la ouate, je les mets dans une chaudière, où ils sont soumis à un courant de vapeur d'eau à 100°. Tous les instruments, excepté les bistouris, qui sont lavés dans l'éther, sont bouillis dans une solution à 1/100 de soude. Voici la préparation que je fais subir au catgut; je commence par le chauffer dans un four à air sec, à une

température de 140° Celsius, je le plonge ensuite dans la glycérine pendant vingt-quatre à quarante-huit heures selon sa grosseur, et alors il est mis dans l'alcool jusqu'au moment de s'en servir. Je procède au lavage de mes mains et du ventre de l'opérée avec de l'eau chaude et du savon, avant d'entamer l'opération.

2. Voici les quelques modifications que j'ai cru devoir apporter aux méthodes opératoires ordinairement suivies. Je mets une compresse de Sänger, ou un lien quelconque autour du col utérin ; je ne serre ce dernier qu'après avoir retiré l'enfant. Je donne la préférence à l'incision par le fond de la matrice pour deux motifs : d'abord, on évite la plupart du temps le placenta et ensuite, on n'a pas à craindre la rupture de l'anneau de Bandl, qui a dû souvent amener la mort par hémorragie interne.

3. M'étant bien trouvé la première fois de la suture continue avec du catgut, j'y ai eu recours la seconde fois, en cause de sa simplicité et la promptitude avec laquelle on peut l'appliquer. Les deux fois la matrice s'est bien contractée.

4. Quant aux indications dans les différentes classes de la société, voici mon avis :

Appelé chez une femme dont l'enfant est mort, je ferai toujours l'embryotomie; chaque fois que ce sera possible dans la classe aisée, je procéderai à l'accouchement prématuré artificiel, quand l'étroitesse du bassin ne sera pas trop grande. Chez les pauvres, je m'abstiens de cette opération, vu l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de donner les soins nécessaires à un enfant né avant terme. (Quand l'enfant vit et que les dimensions du bassin sont telles que tout accouchement normal ou l'embryotomie sont impossibles, j'aurai recours à l'opération césarienne).

Cette opération, si décriée dans le temps, ne doit plus avoir tant de détracteurs aujourd'hui, alors que l'asepsie, le peu de bagage instrumental la mettent à la portée de tout chirurgien un peu habile.

LE DRAINAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE. MOYEN PRATIQUE.

par M. **J. Chéron** (Paris).

On a fait, dans ces dernières années, une série de tentatives ayant pour but le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles.

La première de ces tentatives date de 1883 et appartient à Scharwz, assistant à cette époque, de la Clinique gynécologique de Halle.

Ce fut à l'aide d'un pinceau en fils de verre que Scharwz fit ses essais de drainage et il publia, aussitôt, quelques résultats obtenus dans l'aménorrhée et la dysménorrhée.

Je répétai les expériences de ce gynécologiste et après avoir constaté que son moyen n'était pas pratique et présentait les plus grands inconvénients (particules de verre pénétrant dans la peau de l'opérateur et les muqueuses de l'opérée) je cherchai, en étudiant la question sous toutes ses faces, à créer un moyen pratique, à créer une méthode.

Le drainage de la cavité a été pratiqué après curettage par M. Doléris et par M. Fraipont à l'aide d'une bandelette de gaze iodoformée. Le moyen est d'un emploi très difficile et demande une large dilatation préalable.

C'est à l'aide de crins de Florence pliés en anses ou courbés en érignes et portés sur un petit plateau à coulisse analogue au talon du pessaire intra-utérin de Wricht, que j'ai constitué mon drain. Je me sers de trois drains seulement. Le plus mince est composé de vingt-deux brins, le deuxième de cinquante et le troisième de cent.

Le talon du drain est fait de telle sorte qu'on peut le monter avec le nombre de brins qu'on juge utile.

L'introduction en est des plus faciles, il suffit de placer l'extrémité du drain qui émerge du porte-drain, dans le méat cervical et de pousser doucement sur le piston. Le drain pénètre et est mis en place sans abaissement et sans dilatation préalable.

Action physiologique. — L'action physiologique du drainage de l'utérus n'est que l'exagération des phénomènes qu'on observe lorsqu'on introduit une sonde dans la cavité utérine et lorsqu'on agace la muqueuse en agitant un peu la sonde dans tous les sens.

Sous cette influence, le col se décolore et diminue de volume; la cavité utérine, elle-même, se réduit dans ses différents diamètres ; la température intra-utérine diminue d'une façon appréciable au thermomètre ; la sensibilité de l'organe est éveillée sous forme de coliques utérines peu intenses ; il y a augmentation presqu'immédiate des sécrétions des muqueuses du col et du corps de l'utérus.

Ces phénomènes résultent de la stimulation de la muqueuse utérine (action topique) qui, par ses nerfs de la vie organique ou par ses nerfs sensitifs, transmet à la moelle une action qui est réfléchie par les nerfs vaso-moteurs sur les muscles des parois des vaisseaux et proba-

blement aussi sur le tissu musculaire du parenchyme, par les nerfs si bien décrits par Frankenhäuser (action réflexe).

Lorsqu'un drain est laissé en permanence, des phénomènes analogues se produisent, phénomènes topiques et phénomènes réflexes.

L'action topique qui est double : action de drainage d'une part et action de contact d'autre part, est d'autant plus intense que le drain est plus irritant ; elle peut aller jusqu'à déterminer une hémorragie avec le drain en érigne (application au traitement des aménorrhées), elle est beaucoup plus faible avec le drain en anse.

L'action réflexe se traduit par la décoloration du col, sa diminution de volume, le resserrement de la cavité utérine, l'apparition passagère de coliques et l'abaissement de la température locale.

Vers le deuxième ou le troisième jour, il survient un écoulement séro-sanguinolent qui devient bientôt séro-muqueux, diminue peu à peu et finit par se tarir complètement au bout de trois à six semaines.

A cette époque, le drain est expulsé de la cavité utérine.

Action thérapeutique. — Indications et contre-indications. — Favoriser l'écoulement des liquides plus ou moins retenus dans la cavité utérine, est une indication que l'on retrouve dans toutes les variétés d'endométrites (catarrhales, purulentes, exsudatives, exfoliatrices).

Dans ces cas on utilise, en même temps, l'action topique du drain qui agit comme modificateur par son contact permanent avec la muqueuse.

L'action irritative par contact et l'action décongestionnante par réflexion trouvent leur utilisation dans la congestion passive, l'aménorrhée et la dysménorrhée, aussi bien que dans la sub-involution avec ou sans rétroflexion.

Le drainage peut également rendre les meilleurs services dans les cas de sténose et d'atrésie du méat et du canal cervical, avant ou après une opération.

Le drainage est contre-indiqué dans les inflammations péri-utérines aiguës, dans les cas de sensibilité exagérée de l'utérus et lorsque les malades ne peuvent pas prendre quelques jours de repos. Un traitement déplétif et sédatif répresente la meilleure préparation à l'emploi du drainage.

Pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent l'introduction du drain, les malades doivent garder le repos au lit. Plus tard les malades devront éviter soigneusement refroidissement, fatigue et toute cause d'infection.

Applications thérapeutiques. — Le drainage est un des moyens les

plus puissants qu'on puisse opposer à l'aménorrhée par absence de maturation utéro-ovarienne, l'aménorrhée par chloro-anémie, l'aménorrhée par irritation périphérique ou aménorrhée idiopatique sont les variétés dans lesquelles il est particulièrement utile.

Les huit cas d'aménorrhée que j'ai eu à traiter par le drainage, se répartissent de la façon suivante (1) :

a. Deux cas d'aménorrhée en rapport avec une sub-involution utérine et datant de cinq mois et de seize mois, retour rapide des règles par le drainage qui en même temps a modifié, de la façon la plus heureuse, l'état pathologique de l'utérus.

b. Quatre cas d'aménorrhée congestive, le premier chez une chlorotique, le second chez une malade affaiblie par des accouchements répétés, le troisième par choc physique, et le quatrième par choc moral ; dans les quatre cas, le succès a été rapide et complet.

c. Deux cas d'aménorrhée par absence de maturation utéro-ovarienne ; pour ceux-ci les effets du drainage ont été incomplets, mais on a cependant constaté une légère augmentation de volume de l'utérus, et peut-être aurait-on pu obtenir un résultat plus encourageant en continuant le drainage plus longtemps et en lui associant la galvanisation de la matrice et des ovaires ; on sait, du reste, combien les arrêts de développement des organes génitaux sont mal rémédiables, surtout lorsqu'ils sont aussi prononcés que ceux que nous avons décrits chez nos deux dernières malades.

Le drainage est indiqué dans la plupart des variétés de dysménorrhée, soit qu'on se propose de parfaire le développement de l'utérus et des ovaires (dysménorrhée ovarienne) ; d'augmenter la tonicité des fibres musculaires du mésométrium (dysménorrhée par asthénie de Courty) ou de maintenir une dilatation permanente de l'isthme et du canal cervical dans la forme de dysménorrhée la plus commune dont la cause est le plus souvent mécanique.

En maintenant séparées les deux faces du canal cervical, le drainage fait cesser les irritations dont la muqueuse est le point de départ lorsqu'elle est irritée par une compression d'ectropions, de polypes muqueux, de gonflement congestif, même de cette muqueuse qui est, il ne faut pas l'oublier, *la zone réflexogène* par excellence de l'appareil utéro-ovarien. Dans ces conditions, c'est au drain en anse qu'il faut donner la préférence ; encore faut-il que l'utérus soit habitué à son contact quand surviendront les règles pour que le drainage ne

(1) Le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles. Société d'études scientifiques. Paris. 1892.

présente aucun inconvénient. Le repos au lit est nécessaire pendant les premières époques qui suivent l'introduction du drain.

L'action du drainage est remarquable dans le cas de congestion de l'appareil utéro-ovarien. Son grand avantage, en effet, est d'amener une décongestion réflexe contenue et progressive jusqu'à ce que ce muscle utérin ayant reconquis toute sa vitalité et toute sa contractibilité, chasse le drain, comme un corps étranger devenu complètement inutile.

Il résulte de ce fait que le drainage rend les meilleurs services dans la congestion utérine chronique et dans la métrite parenchymateuse chronique, à la période d'infiltration

La sub-involution utérine après l'accouchement et la fausse couche est heureusement modifiée par le drainage. Il est permis de penser que celui-ci amène, dans le tissu utérin, des transformations histologiques analogues à celles qui se produisent dans l'involution naturelle, tous les effets du drainage depuis la diminution de volume, de poids, de consistance et de vascularisation jusqu'aux écoulements, rappelant, d'une façon assez exacte, le tableau de la régression physiologique.

Dans les treize cas où j'ai eu recours au drainage pour remédier à des sub-involutions utérines, les résultats ont été constamment favorables.

La diminution de longueur de l'utérus est d'autant plus grande que cet organe est plus hypertrophié avant le drainage ; on a pu le ramener parfois à 7 1/2 centimètres, ce qui peut être considéré comme à peu près normal chez les multipares.

En même temps que la sub-involution, le drainage combat aussi l'abaissement de l'utérus chez les multipares.

La coïncidence d'un arrêt d'involution avec la rétroflexion est une raison de plus pour recourir au mode de traitement que nous étudions dans ce travail. La principale difficulté qu'on éprouve à guérir d'une façon sérieuse et durable l'endométrite catarrhale ou purulente, malgré le traitement général et les applications topiques de toutes sortes, réside dans la rétention des produits de sécrétion dans la cavité utérine. Le drainage permet seul de remplir cette indication capitale ; il est d'autant plus utile qu'il combat en même temps la congestion chronique, la métrite parenchymateuse ou la régression incomplète qui s'associent presque constamment aux altérations de la muqueuse. Dans deux cas, le premier examen avec la curette d'exploration avait permis de constater la présence de fongosités utérines qui n'ont plus été retrouvées après le drainage.

Dans le catarrhe cervical lié à une congestion intense de l'appareil utéro-ovarien, le drainage, à lui seul, peut amener la guérison, mais lorsque la congestion ne joue qu'un rôle accessoire et qu'il existe une hypertrophie glandulaire d'ancienne date, il est nécessaire d'associer au drainage l'application de topiques modificateurs ou d'intervenir chirurgicalement.

Le drainage ne peut pas faire disparaître les ectropions, mais il en arrête l'extension et il constitue un procédé rationnel de traitement préparatoire à leur excision ou à leur destruction par l'igniponcture profonde.

Le drainage permet d'obtenir une guérison durable lorsqu'il est employé après le débridement du col dans les sténoses ou dans les atrésies du canal cervical ou de son orifice externe.

Le drainage, employé après le curettage, dans les endométrites invétérées, a assuré la guérison, après une seule intervention dans tous les cas où j'ai associé curettage et drainage.

Le drainage m'a donné trois guérisons définitives de dysménorrhée membraneuse ou endométrite exfoliante.

Dans les cas de cellulite pelvienne chronique et dans les cas de pelvi-péritonite où des masses énormes encombrent le bassin, le drainage exerce une action résolutive très remarquable. Il faut dans ce cas, pendant quinze jours au moins, au début du traitement, et pendant chaque période menstruelle, condamner les malades au repos absolu.

Verchère (Paris). — Je profite de l'occasion qui m'est offerte par la communication de M. Chéron, défendant le drainage permanent et prolongé de l'utérus, pour vous présenter un drain particulier dont je me sers et qui peut rendre les plus grands services.

C'est le drain de mon excellent ami le Dr Malécot, appliqué à l'utérus. Ce drain, de la longueur de la cavité utérine, présente, vers son tiers supérieur, un renflement dû à la saillie de la paroi du tube, dont la partie centrale a été raccourcie par un artifice de fabrication qu'ont exécuté MM. Eynard et Richefeu.

Il suffit, avec un hystéromètre formant mandrin, de tendre le drain pour voir s'effacer la saillie, le drain devenir cylindrique. Lorsque l'hystéromètre est enlevé, la saillie d'arrêt reparaît après son introduction, vient s'arrêter au-dessus de l'isthme cervical utérin et le drain se trouve fixé. Pour l'enlever il suffit d'exercer une simple traction

qui efface facilement la saillie et permet son extraction. J'ai fait d'autres applications pour le drainage des hématocèles, des abcès ouverts par le vagin et j'ai pu ainsi facilement maintenir un drainage prolongé, parfois difficile à obtenir avec les drains ordinaires.

L'ÉLECTROLYSE INTERSTITIELLE EN GYNÉCOLOGIE

par M. **G. Gautier** (Paris).

Grâce à la construction de la pile, due au génie de Volta, et l'une des découvertes du siècle les plus fécondes en résultats, il est possible de produire et d'emmagasiner une force vive qui se transforme à volonté. Ces transformations de l'énergie électrique, en même temps que les manifestations diverses auxquelles elles donnent lieu, devaient se prêter à des combinaisons rationnelles que le médecin a cherché à utiliser dans l'art de guérir.

Les décompositions chimiques du courant voltaïque conduisirent Ciniselli, de Crémone, et A. Tripier, de Paris, à la création d'une méthode bien définie, *la galvanocaustique chimique*, et à en préciser plus tard les indications thérapeutiques. Il devint facile alors de régler l'usage de cet agent électrique, surtout quand on put en doser le débit, ce qui permit de lui voir prende une place tous les jours plus large, car l'électricité ne se complique d'aucune action toxique dans l'effet curatif cherché.

Je me suis personnellement attaché à faire valoir une nouvelle application du courant de la pile, en gynécologie. Cette nouvelle méthode, décrite dans mes dernières communications sous le nom *d'électrolyse interstitielle*, est appelée encore, par différents auteurs, *électrolyse médicamenteuse. électro-chimie*, *électrolyse cuprique*.

Avant de justifier la terminologie nouvelle que j'ai adoptée, il est important que je fasse connaître la différence qui la distingue de la galvano-caustique chimique.

Je ne vous parlerai pas des méthodes électriques extra-utérines, dont la lenteur d'action lasse la patience la plus convaincue. Dans la galvano-caustique intra-utérine, au contraire, on utilise au maximum la somme du courant produit, car le courant électrique a la propriété de suivre la ligne électriquement la plus courte, et de passer inévitablement par une fraction de la paroi de la cavité où il

se trouve localisé. Dans ces applications, on vante l'usage des sondes inoxydables ou *insolubles*, l'utilité des hautes intensités et des séances courtes. Nous devons à cette pratique de l'électrothérapie des résultats prompts dans les fibrômes hémorragiques et douloureux, dans les endométrites, dans les exsudats pelviens et dans certaines inflammations des trompes. Moi-même, j'ai été affirmatif au sujet des résultats obtenus grâce à cette méthode, que l'on est convenu d'appeler méthode d'Apostoli; mais j'ai signalé les insuccès et les récidives, avec lesquels il fallait compter. Je me suis demandé alors s'il était possible d'abréger la durée du traitement habituel, de diminuer les récidives en augmentant la propriété électro-chimique du courant voltaïque et en employant à l'avenir des *électrodes solubles* et des *séances longues*.

A l'électrode en platine, j'ai substitué l'électrode en cuivre rouge provenant de dépôts galvaniques ; j'ai augmenté considérablement la longueur des séances, et enfin j'ai remplacé les hautes intensités par des intensités basses, utérinement supportables.

Quand on opère dans l'utérus d'une lapine avec une électrode en platine, à une intensité de 50 milliampères, onremarque que la muqueuse se congestionne, que l'escarre, produite par les acides dégagés au pôle positif, est entourée de vaisseaux dilatés, dont le travail de réparation contribuera à la chute de la région mortifiée, qui fera place à une cicatrice rétractile. Cette propriété polaire du courant, associée à une action interpolaire contemporaine, concourent secondairement au même but ; à l'atrésie des tissus soumis à l'action chimique et à l'arrêt des hémorragies.

Or, si l'opération expérimentale est effectuée dans les mêmes conditions de durée et d'intensité, avec des électrodes en cuivre, les conséquences physiologiqu s sont différentes. Au niveau de l'électrode soluble en cuivre, on ne remarque plus les traces de destruction, ni des inflammations de voisinage : la muqueuse est lisse, infiltrée dans une grande surface et dans toute sa profondeur, d'un sel nouveau, vert pomme : c'est l'oxychlorure de cuivre.

Dans cette seconde application, les acides organiques ne se trouvant plus en liberté, attaquent l'électrode, sur laquelle ils se dégagent, et forment un sel nouveau, qui se diffuse dans les interstices cellulaires, dans les lymphatiques, dans les glandes, dans une profondeur, en un mot, d'autant plus considérable, que le courant qui favorise cette marche endosmotique est débité plus largement et plus longtemps. Ce sel, c'est encore l'oxychlorure de cuivre, qui jouit des propriétés microbicides et hémostatiques de premier ordre.

La synthèse de cet acte électrolytique comprend donc une série de phénomènes physico-chimiques : *Décompositions voltaïques, actions chimiques secondaires, diffusions endothéliales*, dont la *terminologie d'électrolyse interstitielle* rend bien compte, si l'on juge de la force mise en œuvre et si l'on considère les effets obtenus.

Au point de vue clinique, les applications de ce traitement électrochimique ont été suivies de succès. Aussi ai-je pu le comparer, dans plusieurs circonstances, et toujours avec avantage, à celui que préconise M. Apostoli. Il s'agissait alors de malades que la galvanocaustique chimique avait peu améliorées, au point de vue des hémorragies et des douleurs, et des lésions inflammatoires surtout, et chez lesquelles l'électrolyse interstitielle a donné le plus souvent des résultats rapides et durables. Je considère d'ailleurs l'oxychlorure de cuivre comme un hémostatique de très grande valeur. Je l'ai vu échouer rarement. Peut-être les séances longues que je pratique dans tous les cas, ne sont-elles pas sans influence sur le résultat obtenu. Aussi me demandai-je aujourd'hui pourquoi nous sommes restés tant d'années à recommander des opérations électriques de courtes durées et fréquemment répétées, puisque toutes les applications de l'électricité semblent plaider contre un pareil enseignement. Le système nerveux s'accommode difficilement des excitations courtes et énergiques. Cette opinion pourrait se trouver fortifiée par des expériences d'électro-physiologie.

On sait que les frères Weber, en excitant le pneumogastrique par des courants forts, arrêtaient les mouvements du cœur en diastole, et que Pflüger et Van Bezold prouvèrent ensuite qu'avec des courants faibles portés sur le même nerf, on déterminait seulement le ralentissement du cœur. Dans leurs expériences, les frères Weber, au lieu d'exciter le nerf, l'épuisaient et paralysaient son action excito-motrice.

Il est clair que l'action électrique portée sur l'utérus vient exciter les filets terminaux du sympathique, qui se rendent à cet organe, et que la conséquence à prévoir est l'excitation des vaso-dilatateurs ou celle des vaso-constricteurs ; que les excitations fortes doivent produire une vaso-dilatation du vaste territoire artériel abdominal. tandis que les excitations galvaniques faibles et prolongées doivent produire l'effet contraire.

Pour ma part, j'estime que les séances prolongées d'électrolyse interstitielle et même de galvano-caustique chimique, vingt minutes à une demi-heure environ, réussissent mieux contre les hémorragies que les séances fortes et de courte durée.

Les applications de l'électrolyse interstitielle dans les endométrites

m'ont donné des guérisons rapides, et, dans plusieurs cas traités, j'avais pu trouver, à l'examen microscopique, des gonoccoques cependant. Dans les hypertrophies du corps et du col de l'utérus, dans les inflammations du tissu cellulaire du bassin, ce procédé est à essayer avec bon espoir de succès.

J'ai traité aussi deux épithéliomas du col de la matrice. Il s'agissait d'un cas inopérable, très hémorragique, et j'ai eu la satisfaction d'arrêter l'évolution de la maladie. Aujourd'hui, six mois après le dernier traitement, l'état de la patiente est toujours très satisfaisant, et son poids a augmenté de trente livres. Dans un second cas, le résultat s'est montré aussi efficace : l'hémorragie abondante a diminué progressivement, la marche envahissante de l'affection a été arrêtée, et les forces se sont rétablies.

En résumé, sur plus de soixante affections utérines diverses, traitées en une année et demie par l'électrolyse interstitielle, et pour lesquelles l'opération avait été conseillée au moins dans le quart des cas, je n'ai dû encourager les malades que six fois à se faire opérer. Il s'agissait toujours de collections purulentes enkystées, inaccessibles, et compromettant l'existence. En présence de faits de cette nature, il sera toujours imprudent de temporiser et d'employer comme traitement n'importe quelle méthode électrique.

L'électrolyse interstitielle intra-utérine se pratique avec des tiges de cuivre de différentes grosseurs, que vous pourrez voir dans l'outillage exposé par M. G. Gaiffe. J'ai supprimé le manche et la gaîne isolante, pour faciliter l'asepsie et la technique opératoire.

Les séances doivent être pratiquées trois ou quatre fois par mois, dans l'intervalle des époques, en se servant des tiges aussi fortes que possible. Ces séances doivent durer d'abord dix minutes, puis un quart d'heure, et même aller jusqu'à une demi-heure, selon les cas et l'état des forces des malades.

Le temps me manque pour traiter ici les questions d'outillage, de technique opératoire, et pour vous faire part de toutes les recherches que j'ai entreprises sur cette nouvelle application de l'électricité. D'ailleurs, ces différentes études se trouvent réunies dans une série de communications que j'ai déjà faites devant la Société française d'Électrothérapie.

En résumé, les courants électriques, en traversant les tissus vivants, agissent de deux façons bien distinctes. Ils agissent *physiquement* et *chimiquement*. L'action physique est le résultat de l'électricité dans l'organisme, et l'action chimique est le changement moléculaire apporté par ce passage, qui suscite dans les corps

composés des décompositions ou des combinaisons nouvelles. En faisant désormais des applications voltaïques longues, à l'aide d'électrodes en cuivre, le médecin utilisera rationnellement la somme de ces deux actions : physique et électro-chimique. L'électrolyse interstitielle étend, par conséquent, le champ d'application de l'électrothérapie, et constitue, avec les courants alternatifs que j'ai introduits en médecine, en collaboration avec le Dr Larat, un progrès réel, dû à des notions bien assises, et qui, certainement, aura pour effet de réagir sur la situation des esprits.

N. B. — Les médecins qui désireront connaitre les détails de ma méthode d'électrolyse, pourront lire mes communications publiées dans le Bulletin de la Société française d'Électrothérapie. Dans une expérience que va pratiquer devant les membres présents, M. Delineau, ils pourront se rendre compte de la formation de l'oxychlorure de cuivre.

A MUCH NEGLECTED ESSENTIAL FACTOR IN GYNÆCOLOGY. — EXTERNAL SUPPORT

by **William B. Dewees** (Kansas).

Protracted and extended accurate observation of facts and correct generalization from them, has forced me to the rational conclusion, that, the whole domain of medecine and surgery, unaided by external mechanical support, has proven inadequate to fulfill all the requisitions in gynæcology. This is evidently due to the manifest reason, that the etiology and pathology, of uterine displacements and other organic derangements, are, at least in part (if not wholly) of a mechanical nature. It is patent that this fact has been recognized, to some extent, by a limited number of our authorities, who however, content themselves by simply advising the use of an « abdominal supporter ». But no explanation or fundamental reason is offered for such advice, in any of our works of reference or text-books, and consequently we find that in the aggregate success has not been very materially enhanced by their use. Therefore, I venture to submit a few suggestions for consideration and discussion, before this Honored Assemblage of the foremost gynæcologists from all civilized nations, with endeavor to show clearly the reason for so partial a success, founded upon a careful study of the true principles governing these disorders.

The human body is entirely under the control of mechanical law, by virtue of the mechanical arrangement of all its parts. This primitive mechanical order is accurate and inexorable as to position and bearing of each and every

organ. Any deviation from this definite and immutable law of specific position and bearing, will destroy, to a corresponding degree, the primitive relations and bearings, of the displaced organs and their functions; thereby constituting a practical dislocation, not only of the bones but also in like manner of the visceræ, since all are alike controlled by this same mechanical law. Functional disturbances of the internal organs or the bones, requiring external mechanical aid, may follow a violation of that law, on the same principle, in both classes of cases.

The philosophy of the symmetry and the erectness of the human body is of special interest in this connection. Figs. 1 and 2 are especially designed to demonstrate clearly, that, the erect posture consists principally in a transverse and antero-posterior balancing of the upper-half of the body, over and upon the body's centre of gravity. Which centre is shown upon mathematical principle to be located in the lumbar-spinal-curve.

Fig. 1 (front in the perspective) shows conclusively that the upward force of the earth through the lower-half of the body, and the downward force of the weight of the upper-half of the body, must converge in the lumbar vertebræ on perpendicular line A. A., which is vertical to a point mid-feet, and so balance the body transversely over the point of convergence of oblique lines D. D., D. D.

Fig. 2 (side in the perspective) shows with equal clearness that the superior-half of the body, by virtue of its own gravity, balances antero-posteriorly over and upon the same vertebræ, in the lumbar-spinal-curve. If it were not so, perpendicular line A. A., and oblique lines D. D., D. D., would not all converge at one and the same point in both views.

It will be specially noticed that the lumbar-spinal-curve is in the mathematical centre of the body on perpendicular line A. A., vertical to the ankle, and thus is the true preserver of spinal symmetry and pelvic obliquity. When the body is erect there is no undue pressure upon any one point of the spinal column, nor is there excessive tension of any of its ligaments or muscles. The base of the spinal column, the pelvis, is balanced obliquely upon the heads of the two femurs, which mechanical arrangement gives to it free motion, forward and backward. The two halves of the body taken as a whole, when balanced upon this centre, as it must be in the erect posture, is pressed into symmetry in both its transverse and antero- posterior axes by virtue of its own gravity, which balanced state must be maintained until disturbed by muscular or other force. Hence it is impossible for the upper portion of the body to make any decided movement, without the lumbar-spine first shifting in the opposite direction from its central bearing; as in stooping it must first retreat back, or in leaning backward it must advance in front, of this primitive mathematical centre. In proof of this it is but necessary to press your thumb firmly against the lumbar-spine at the true centre of an erect person, and it will be impossible for that person to stoop without the heels must rise and the body fall. It may be argued that this result is due to the pressure force, but let us change the experiment by holding your thumb about two inches back of this same axis, and the lumbar-spine will retreat and touch the thumb when the person stoops.

It is equally clear that pelvic obliquity is controlled in like manner by this same influence. That when the lumbar-spine advances in front of this primitive centre, obliquity of the pelvis will be increased, and that when it retreats

back of this same axis, it will destroy pelvic obliquity to a corresponding degree. Hence it follows that whenever the lumbar-spine retreats behind the body's centre of gravity, the upper sacrum is forced to follow, while a proportionate amount of the weight of the upper half of the body will rest thereon causing the pelvis so to swing backward upon the femur heads, that the promitory of the sacrum will retreat and the pubes will ascend and advance, thereby destroying its obliquity by compelling it to find its balance horizontallyin a corresponding degree. The philosophical conclusion of this idea, is, that when this lumbar-spine is misplaced, as in cases of deformity, it must first be so acted upon as to cause the gravity of the body to bring it back to the true axis, for the restoration and maintenance of bodily symmetry and pelvic obliquity. Both of which are acknowledged absolute essential factors in the successful treatment of uterine displacements and other organic derangements.

With special reference to the natural position and bearing of the pelvic, abdominal and thoracic visceræ, Fig. 3 is designed to represent a model body, in the erect posture, as to its outward form and internal relations, in the perspective. It demonstrates plainly, that, the organs of the abdomen and the chest, are not in a condition depending upon their attachment like the uterus and the bones, but that they are in a supported and elevated state depending upon the elasticity and vigor of the abdominal muscles. It also shows, that, by and through the advancing curve of the lumbar-spine in the primitive axis of the body, a consequent normal tension of the abdominal muscles is produced; that this advanced spinal curve holds the promitory of the sacrum forward, thereby maintaining pelvic obliquity as well as compelling the weight of the abdominal and thoracic visceræ, to fall in front, as it were, upon the pubes and lower portion of the abdominal muscles. Thus by virtue of the normal tension of the abdominal muscles, the entire mass of the abdominal organs is compactly lifted from the pelvic organs and forced up, under and against, the diaphragm, which is thereby compelled to bridge-like support the organs of the chest, consequently there is largeness and rotundity of the chest and a comparatively small and trim form of the lower abdomen. This supported state of the abdominal and thoracic visceræ is solely maintained by the elacticity of the abdominal muscles, as is evidenced by the fact, that, at each sudden of these organs in breathing, coughing, laughing, lifting, jumping, etc., the visceral weight falling upon these muscles, compells them to re-act instantly, and spring-board-like break its force, arrest its descent, and restore the primitive elevated status of the visceræ. It follows conclusively that nature's chief protector to the pelvic organs is in these two factors, namely : the obliquity of the pelvis and the elasticity of the spinal and abdominial muscles; both of which are maintained by and through the advancing curve of the lumbar-spine in the true axis of the body.

Fig. 4, is designed to represent a typical body, in the perspective, as to outward form and internal relations, where the lumbar-spine is extremely retreated behind the natural axis on the vertical line, A. A., between the ankle and the ear. As a result, the primitive distance between the sturnum and the pubes has become very considerably shortened, and the abdominal muscles of necessity losing their tension have become completely relaxed. Consequently the main support of the organs of the abdomen and the chest being thus

destroyed, the descent of these organs must follow. The promitory of the sacrum being forced to follow the receding of the lumbar-spine, it caused the pelvis to so swing upon the femur heads as to reverse its natural oblique state by compelling it to find its balance in a corresponding horizontal degree. Hence it follows, that, by and through the receding of this spinal curve there resulted a destruction of both pelvic obliquity and tension of the spinal and abdominal muscles. The natural protection to the pelvic organs being thus destroyed, the aggregate weight of the settled abdominal and thoracic organs has fa len upon the pelvic organs, displacing and compressing them as a forced consequence. This superincumbent weight not only thus exerted its injurious force, in causing this abnormal condition of the pelvic organs, but also in compressing the intra-pelvic nerves, blood-vessels and lymphatics.

The philosophical conclusion from the foregoing facts with special reference to uterine displacements, is, that the prevailing pathology, which holds, that the physical causes originate within the pelvis, and are mainly confined to the intra-pelvic tissues is erroneous. But, to the contrary, it is manifested that the pelvic organs and intra-pelvic tissues, are in the main only the objective points, and that the primary and proximate cause is a relaxation of the spinal and abdominal muscles, with a consequent unnatural gravitation. This undue gravitation is not confined to the weight of the organs of the abdomen and the chest, but commensurate therewith is also the weight of the head, shoulders and upper portion of the body, all of which have lost their natural bearings and have fallen forward of the true axis, and all in consequence of a diminished or unbalanced action of their muscular braces. Much remains to be said by way of a technical exposition, in detail, of this principle as it effects the different organs and tissues, and especially of the effects of the abnormal gravity of this superincumbent weight upon the womb and other pelvic organs, as well as upon the intra-pelvic nerves, bloodvessels and lymphatics, but the time allowed for this paper forbids.

Having demonstrated in a general, cursory, and brief manner, by philosophical reasoning and a sweeping attending train of incontestable facts, that the true primary cause of uterine displacement is laxity of the spinal and abdominal muscles, it must be conceded that the rationale of cure, is, to first overcome the laxity of these two sets of mnscles, so as to aid nature in restoring and maintaining their normal tension. To accomplish this, nature must be aided through art, to bring about the normal bearings of the skeleton trunk, with the lumbar-spine curved forward into the vertical axis of the body, thus compelling the pelvis to so swing upon the femur heads as to cause the promitory of the sacrum to advance and the pubes to descend and retreat; thereby restoring normal pelvic obliquity; and causing the weight of the head and shoulders to become an elevating power, by its gravity falling behind the axis of the body, thus constituting a tensor of the spinal and abdominal muscles with a contraction of the inferior abdominal cavity. The result of this, is, that the uterus is again sheltered below and behind the promitory of the sacrum, while the pubes and lower portion of the abdominal muscles are compelled to support mainly the superincumbent visceral weight. This natural balanced state of the body upon its true axis, together with this elevated supported state of the abdominal and thoracic visceræ, permanently obtained, the case is changed from that of a general organic and functional derangement, to a local one.

Reasoning *a priori* from these necessities in the premises it becomes a simple self-evident truth, that to successfully aid nature to recover herself from this state of mechanical disrangement, it is an essential requisite to employ such mechanical force at the lumbar-spine, shoulders and lower abdomen, as, shall and will, concordantly and at the same time, push forward the lumbar-spine in the vertical axis of the body, compel the weight of the head and shoulders to fall behind this axis, and elevate the organs of the abdomen and te chest. Consequently more than a dozen years of careful and patient pratical observation and experience, has fully confirmed what a good common sense had claerly foretold.

Of the many and varied appliances and supporters offered by the trade, most of which I believe myself to have applied and tested, none has so fully supplied the desideratum in this line of cases, as the appliance shown in Figs 5, 6 and 7, made by The Natural Body Brace Co., Salina, Kansas, U. S. A. When this mechanical device is applied to a person suffering from a retreated lumbar-spine, drooping posture, and a prolapsed or settled condition of the abdominal and thoracic visceræ, there is accomplished a manifest immediate general change in the external appearance and internal condition. The combined forces of its bearings upon the lumbar-spine, shoulders and lower abdomen, so brace up the relaxed spinal and abdominal muscles as to force the lumbar-spine to curve forward in the vertical axis, the shoulders backward, and the abdominal organs upward against the diaphragm. The diaphragm being thus coerced, again in its natural bridge-like manner becomes the support of the organs of the chest. Hence relief to the displaced and compressed womb and other pelvic organs, from superincumbent visceral weight, is obtained by restoring the normal balance of the body, and elevating the abdominal and thoracic visceræ. This being first accomplished by mechanical force, which under a proper regimen, by a sort of provocative action, will provoke, excite or induce, the inherent and dormant muscular resources to primary energy and normal action. It is worthy of spécial notice that these results are thus obtained almost in a natural way, without restraining the free natural action of a single muscle or natural motion of the body, nor the compressing of nerves, bloodvessels or lymphatics. By virtue of the bands of this appliance being made of elastic webbing, it becomes a true stimulus and assistant to the weakened muscles. The front and back pads are made of perforated nickel-silver metal, which make it cool, light and comfortable to the wearer. Thus, taken as a whole, it is the most durable and effectual appliance, to meet the essential requisites in this class of cases, of which we have any knowledge.

In conclusion, then, inasmuch as we have seen that perpendicularity of the human body is mainly the result of an equipoising of the superior-half of the body upon the lumbar-spinal-curve which is in the true axis, we are prepared to fully comprehend the rationale of bodily symmetry and pelvic obliquity. We also understand clearly the primitive positions and bearings of the internal organs of the pelvis, the abdomen and the chest, and the sheltered, protected and braced arrangements of the intra-pelvic organs. This natural state being once destroyed, can seldom, if ever, be permanently restored by the influence of medicine or the intervention of surgery, alone or combined. True, medicine may remove every predisposing constitutional influence, and surgery may

remove local disturbing causes, but neither can remove that general mechanical derangement or abnormal state, the reflex effect of which is negative to that of both medicine and surgery. Nor can normal restoration be accomplished solely by such a voluntary physical discipline and culture of the body, as evi dently would have tended originally to preserve pelvic obliquity and bodily symmetry, inasmuch as the laws of preservation and restoration are not necessarily identical, — in fact often bearing no analogy to each other.

The truth is, the laws of function and causality are very different. To illustrate; habitual, normal, or orderly. energetic, muscular action tends to generate muscular power. But when muscles have lost their natural powers from excessive or protracted action, shall we advise the law of exercise or labor to the exhausted patient, and urge him to stimulate his muscles by great and undue effort?

Again, it is true that motion is the law of the joints or articulation of the skeleton-body, whereby their use is preserved. But who would think of restoring a dislocation, by urging the patient to make use of such a joint, by strong, habitual, or undue muscular effort? And yet, all arguments to the contrary notwithstanding, there are many authorities, who seem to see clearly the neccessity of elevating the settled organs from the womb who content themselves however, by simply advising the use of an « abdominal supporter ». Now, this usually means one of two kinds, as ordinarily found in the market; namely, the « London Abdominal Supporter » and the « Steel Spring Abdominal Supporter », or some one or other modification of them. The former class consist practically of simply a broad band around the pelvis over the lower border of the abdomen. The latter class consist of an abdominal pad placed on the lower border of the abdomen and two or more pads resting on the sacrum, connected and held in place by two steel springs encircling the pelvis above the hips. The action and effect of these two classes is pratically the same, and is simply compressing and depressing, instead of compacting and elevating. This action and effect of these classes of abdominal supporters, is mainly due to the fact that, pelvic obliquity and tension of the spinal and abdominal muscles are allowed to remain unrestored, because they fail to replace the receded lumbar-spine in the true axis of the body.

Thus then with such an excuse for a true support, even while the uterus is pressed down upon the perinæum, these same authorities, introduce a pessary to correct mal-positions of the uterus, which can, under such circumstances, only add to the misery while the visceral weight from above is still allowed to rest upon this organ, to thus more compress and injure it. In addition to this they advise their patient to a system of walking, carriage and horse-back riding, and gymnastics, under the idea of thus inducing and cultivating the inherent and dormant muscular resources.

Such a dictum may answer as a regimen for logic, but does not meet the facts in the class of cases under consideration. Here the laxity of the spinal and abdominal muscles has entirely resulted from excessive and protracted muscular strain, and to confine such patients to the urging of muscular effort by labor or otherwise would not only be simply absurb but an actual insult to the sufferers. With as much propriety might the physician advise a woman suspended by the arms. « Keep » trying your muscles, and that will strengthen them to raise you up, when in reality, the weight of her body and

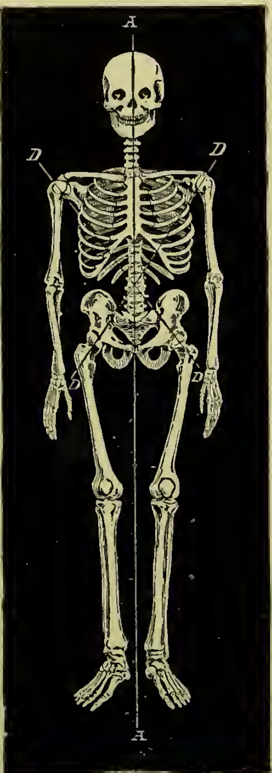


Fig. 1.

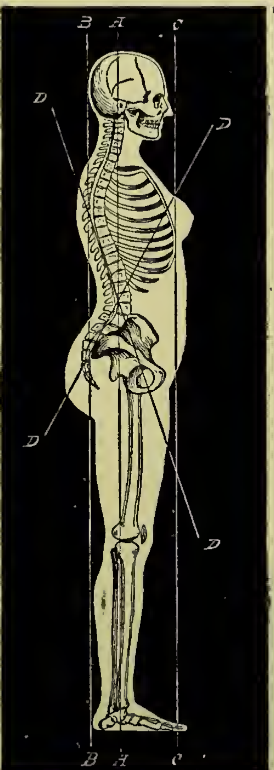


Fig 2.



Figs. 5 and 6.

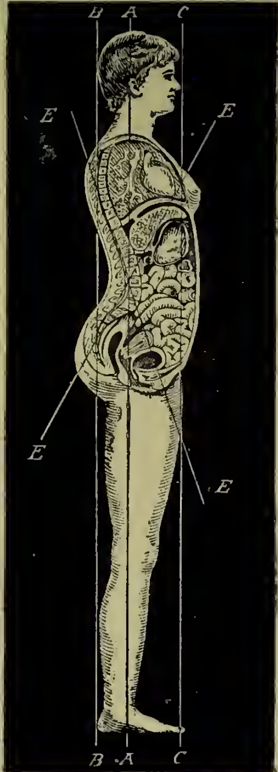


Fig. 3.

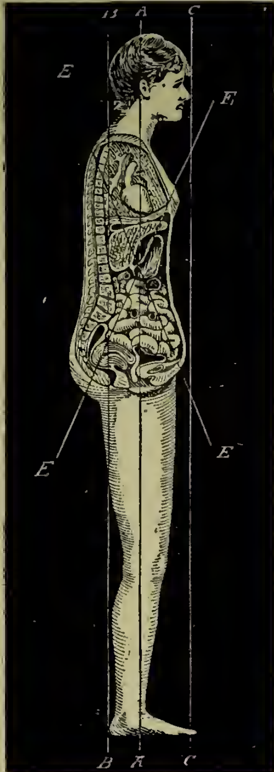


Fig. 4.


Fig. 7.

muscular exhaustion from previous efforts have already reduced her to helplessness.

This class of cases, under the author's observation, has borne uniform testimony to an immediate increased depressing influence by this regimen and the use of ordinary abdominal supporters. Whereas with a normal restoration of pelvic obliquity and bodily symmetry by the application of the appliance or body-brace described, the normal relations of the internal organs are regained, with relief from the superincumbent visceral weight to the pelvic organs. This state being thus preserved, the aggregate muscular action is in the ascendant, thereby aiding nature to perform her physiological functions with a consequent permanent restoration to health. Thus fulfilling the essential and fundamental requisites of the healing art, as defined by that high authority, Prof. H. Nothnagel, of Viennia, Austria, in his recent famous lecture on « The Limits of the Art of Healing », before the Society of Natural Scientists and Physicians, at Halle, Germany, when he said : « What then, is healing?-To effect pathological changes in the organism — be these of a chemical or physical nature — in such a manner, that they are brought to a standstill, this changed tissue rendered histologically normal, and the altered functions rendered physiologically normal; to restore the proper relation between the tissues, to bring about a healthy condition of all the entire organic system — this is healing ».

In final confirmation of the foregoing ideas and principles, let any true physician examine such cases in the light of the facts herein stated, and he will invariably find in them — the rounded shoulders, the upper chest contracted and hollow, the lumbar-spine retreated where it should be advenced, and the lower abdomen flat and rigid or else heavy and tumid. With this depression of the abdominal organs, will be found an unsupported state of the diaphragm and consequently an imperfectly supported condition of the heart and lungs, as well as an undue traction upon the attachments of these organs by virtue of their own weight. The same line of reasoning holds good with the unsupported abdominal organs. Thus it may be readily seen, that, by the relaxation of the spinal and abdominal muscles and the destruction of pelvic obliquity, it necessarily must follow that a great dragging and pressure is forced upon these pectoral, abdominal and pelvic visceræ, and their nerves, blood-vessels and lymphatics. Hence, it becomes comparatively easy and simple to understand and explain, the constant backache and headache, the knawing, dragging and bearing-down within the abdomen and chest, the nervousness and disturbed sleep, etc., all of which testify to the fact that more power or strength has been expended than received by this deranged organism, thereby producing not only emaciation and general debility, but also that low state of the cerebro spinal and sympathetic nerves which is the constant forerunner of melancholia and insanity. These are the conditions which so generally defy the best hygienic, medical and surgical treatment, and all for the rational reason that the law of the primitive balance of the body and support of the internal organs is violated.

Having partially, imperfectly, and in plain words, endeavored to present these ideas and principles, time does not warrant a further delineation of their many phases as exemplified in the morbid, functional and mental state of very many cases, which we have not only traced to the described source, but

confirmed the facts by readily removing, successfully and permanently, these pathological conditions, with the therapeutic out-births of these principles. The truth is, that these hitherto perplexing signs and symptoms, give intelligent signal of the chaos and functional anarchy that are reveling within, and forcibly tell us what at least a part of their treatment should be, if we would with confidence and certainty prognosticate a permanent physical restoration, in this otherwise hopeless class of cases.

LA MYOMECTOMIE DANS LES FIBROMES UTÉRINS

par M. **Alex. J. C. Skene** (Brooklyn, New-York, États-Unis).

Ayant eu à ma disposition un vaste champ d'études des fibrômes utérins, j'ai observé que dans un grand nombre de cas la nature tend à éliminer ces néoplasmes en les poussant lentement de leur lieu d'origine, qui est la couche médiane, soit dans l'utérus, soit vers la cavité péritonéale. C'est sur cette tendance de la nature qu'est basée leur classification en sous-muqueux, sous-péritonéaux et interstitiels.

Ils sont encore divisés, d'après leur mode de formation, en sessiles ou à large base et en pédiculés. Les fibrômes sous-muqueux peuvent facilement être enlevés par la myômectomie vaginale lorsqu'ils sont pédiculés, tandis que lorsqu'ils sont encore à l'état sessile, leur énucléation peut être pratiquée en toute sûreté. Une expérience longue et couronnée de succès m'a conduit à croire que les fibrômes sous-péritonéaux pourraient être enlevés de la même façon après la laparotomie.

J'ai longtemps différé de pratiquer l'opération, parce que j'avais entendu dire que la myômectomie avait été suivie de tristes résultats, mais j'ai appris dans la suite que les cas dans lesquels on l'avait employée ne souffraient pas cette espèce de traitement, mais étaient de telle nature que l'hystérectomie était toute indiquée.

J'ai maintenant la conviction que la myômectomie n'est pratique que dans les fibrômes intra-utérins, qui peuvent être traités après une complète dilatation du col de l'utérus. L'opération consiste dans la division du pédicule dans les tumeurs pédiculées, ou dans l'énucléation, si les tumeurs sont sessiles.

La myômectomie abdominale est toute indiquée et pratique dans les tumeurs pédiculées sous-péritonéales. Elle a de grands avantages

sur l'hystérectomie, attendu qu'elle est beaucoup plus sûre et laisse la patiente anatomiquement complète et capable de remplir toutes ses fonctions sexuelles.

J'ai opéré jusqu'à présent quatre cas; c'est un petit nombre; ils prouvent cependant que ce procédé est tout à fait pratique et sage. Mon premier cas était un très grand fibro-kyste ; la tumeur entière était quelque peu plus grande que l'utérus à terme, et les résultats satisfaisants que j'obtins furent en partie la suite d'une circonstance accidentelle. J'ai fait une relation de ce cas à la « New-York obstetrical Society », il y a quelques années, mais j'en donnerai les principaux traits, afin de mettre mon expérience plus en lumière.

La patiente approchait de la ménopause; la tumeur, d'après le diagnostic d'un chirurgien, était un fibro-kyste et, d'après un autre, un cystôme de l'ovaire avec une quantité inaccoutumée d'éléments solides et de nombreuses adhérences. En opérant, je trouvai que la portion kystique contenait environ quatre litres de fluide. La partie solide, avec le sac vidé, se trouva être non adhérente et croissant directement du fond de l'utérus. Entre la couche médiane de l'utérus et la structure fibreuse de la tumeur, la ligne de démarcation était nettement tracée, mais il n'y avait pas de pédicule bien déterminé. J'appliquai la ligature élastique à l'isthme, rattachant la tumeur à l'utérus et divisai ensuite la capsule à 5 centimètres environ de la ligature du côté de la tumeur. Cela me permit de former un pédicule suffisant, mais je craignais de le lier et de le laisser retomber, sachant combien cette espèce de pédicule saigne facilement. Je serrai le serre-pédicule assez fort, mais cependant pas assez pour blesser les tissus, du moins autant que je pus voir. Je fermai ensuite la blessure et pansai le moignon de la façon ordinaire. L'état de la patiente fut assez bon et, au bout de vingt-quatre heures ou un peu plus, j'enlevai les pansements pour voir dans quel état se trouvait le moignon. A ma grande surprise et alarme je trouvai le serre-pédicule avec l'extrême bout du pédicule, reposant le long de la paroi abdominale. L'utérus et l'autre bout du pédicule avaient entièrement disparu dans l'intérieur de la cavité abdominale et les lèvres de la blessure s'étaient hermétiquement fermées par dessus. Il était bien évident que mon serre-pédicule avait été trop serré, et lorsque l'abdomen s'était un peu détendu et avait ainsi exercé une certaine pression ou traction sur le pédicule, celui-ci s'était séparé au point précis de constriction. J'étais excessivement anxieux, de crainte qu'une hémorragie ne s'ensuivit, et ordonnai de surveiller ma patiente avec tout le soin possible, mais aucun symptôme défavorable ne se montra, la guérison fut excellente et la patiente est restée en parfaite

santé; ses périodes ont été régulières pendant quatre ans au moins, c'est-à-dire depuis l'opération.

Dans le cas suivant il s'agissait d'une malade tout à fait impotente, affligée d'une ancienne péritonite du bassin et d'une violente dysménorrhée. Après une consultation avec son médecin et une observation de quelque temps, on jugea à propos d'enlever les ovaires. On remarqua avant l'opération que les organes du bassin étaient collés ensemble par de vieilles adhérences, de telle façon qu'il était impossible de distinguer ou de découvrir les ovaires ou les tubes. En opérant, je pus, mais avec difficulté, séparer cette masse d'adhérences et trouver l'un des ovaires, celui qui, vraisemblablement, lui avait causé le plus de souffrance; il était tordu et en apparence changé dans sa structure, soit par la maladie elle-même, soit par la péritonite qui l'enveloppait, soit par les deux. Cet ovaire fut enlevé, et tout en cherchant l'autre je découvris, sur le côté opposé de l'utérus, un petit, mais très irrégulier fibroïde, que, enfoncé comme il était dans d'épaisses adhérences, je pris pour le second ovaire jusqu'à ce que, l'ayant mis au jour, je découvris que c'était un fibroïde utérin. Je liai le pédicule et enlevai la tumeur. Je me mis ensuite à la recherche du second ovaire, mais les adhérences étaient si abondantes que je dus y renoncer. La patiente se remit de l'opération et son état s'améliora considérablement, mais sans aller jusqu'à la guérison complète. La dysménorrhée continua, mais elle se trouva bien mieux à l'aise dans l'intervalle des périodes.

Environ deux ans après, la malade revint me trouver dans le but d'obtenir un plus grand soulagement, et comme son cas était très urgent, je me mis de nouveau à la recherche de l'autre ovaire. A cette époque les produits de l'inflammation avaient considérablement diminué par suite de l'absorption et je pus, après des efforts quelque peu prolongés, trouver cet ovaire et l'enlever. Depuis lors ses périodes ont cessé et sa santé s'est beaucoup amélioré d'une façon générale. Cette personne se porte comparativement bien, en fait, beaucoup mieux qu'elle n'avait jamais espéré.

Le troisième cas était celui d'une dame mariée, affligée d'une métrite et d'une vaginite suivies d'une inflammation des tubes et d'une péritonite du bassin. Lorsque je la vis pour la première fois, elle était dans une situation excessivement critique par suite d'une seconde attaque de péritonite du bassin. Je trouvai ce bassin rempli de produits de l'inflammation, et, s'élevant de la cavité pelvienne, une masse dure quelque peu irrégulière, en apparence rattachée à l'utérus, mais immobile comme les organes du bassin. L'état de la patiente s'améliora

lentement, l'inflammation aiguë disparut ; mais elle était absolument sans forces et souffrait beaucoup. Il y avait raison de soupçonner l'existence de pus dans le bassin, et on décida d'enlever les ovaires et les tubes si c'était possible, croyant que c'était le seul moyen de lui apporter quelque soulagement. En ouvrant l'abdomen, je trouvai un fibroïde sous-péritonéal de la grandeur d'un œuf d'oie environ, et bien qu'il fut légèrement mobile sur sa base, attaché au côté droit du fond de l'utérus, il n'était cependant en aucune façon pédiculé. Je divisai la capsule autour de la tumeur à la distance 2 1/2 centimètres environ de l'utérus et procédai à l'énucléation, tout en maîtrisant l'hémorragie au moyen d'une ligature élastique passée autour de la base de la tumeur. En complétant l'énucléation, je trouvai que la tumeur se trouvait tout à fait contre l'utérus et n'était séparée de la paroi que par une couche très mince de tissu cellulaire. Je perçai la capsule et la liai en formant ainsi un pédicule ou moignon. Je passai ma ligature à quelque distance de l'utérus, de façon que lorsque la capsule fut serrée par la ligature, la portion de l'utérus, mise à jour par l'énucléation, fut recouverte comme elle l'était par la capsule. Je dus apporter beaucoup d'attention à serrer la ligature sans blesser le pédicule, car j'ai remarqué que la capsule d'un fibroïde sous-péritonéal bien que vasculaire et exigeant une ligature soigneusement serrée, ne supporte pas une grande pression de la part de cette ligature sans se couper. Dans ce cas-ci je trouvai le second ovaire et le tube sains en apparence mais enfoncés dans des adhérences dont je pus écarter la plus grande partie sans grand effort, mais je ne touchai ni à l'ovaire ni au tube, pensant qu'ils n'étaient pas assez atteints pour nécessiter leur extirpation.

Cette patiente aussi se remit rapidement de l'opération. Elle est restée très bien portante et ses périodes ont été régulières sous tous rapports. Actuellement sa santé est si bonne qu'elle a même conservé l'espoir d'avoir des enfants, mais cela me paraît excessivement douteux.

Le quatrième et dernier cas de cette espèce est peut-être le plus intéressant de tous. Dans celui-ci le fibroïde était un fibrôme multiple congloméré chez une jeune fille de couleur et grandit assez rapidement en dépit de tous les efforts de mon assistant le Dr Mc Naughton qui la soignait pour la soulager au moyen de l'électricité, appliquée d'après la méthode du Dr Apostoli. La douleur dans les ovaires était aussi très vive. Elle était si complètement impotente que nous fûmes forcés de recourir à l'opération dans le but de soulager ses souffrances, et aussi dans l'espoir de la guérir de son néoplasme.

Le premier objet fut d'enlever les ovaires si c'était possible, mais

nous trouvâmes que la tumeur, qui était à peu près de la grandeur d'une petite tête d'adulte, nous en empêchait, car ils étaient tous deux enfoncés dans le bassin, plus qu'ils ne le sont d'habitude dans de semblables circonstances. Nous trouvâmes la tumeur attachée au fond de l'utérus et le pédicule en voie de formation. Je la séparai de l'utérus de la manière déjà décrite, tout en prenant soin de laisser une partie de la capsule de la tumeur assez grande pour en former un pédicule suffisant que je perçai et liai, ensuite rattachai la surface péritonéale du moignon au moyen de sutures.

Ma patiente était jeune et je craignais qu'il ne vint à se développer d'autres fibrômes; en fait il y avait dans l'utérus un endroit suspect qui admettait l'existence possible d'un petit fibroïde. Je jugeai à propos d'enlever les ovaires pour lui épargner d'autres embarras; et attendu qu'il était hors de doute que l'un des ovaires fut atteint sans qu'il fut possible de jamais le guérir complètement, et que de plus l'autre ovaire n'était pas dans des conditions tout à fait normales, tous deux furent enlevés.

La patiente se remit complètement de l'opération.

SUR LE MÉCANISME DE L'INVERSION UTÉRINE. — DESCRIPTION D'UN NOUVEAU RÉDUCTEUR UTÉRIN (1)

par M. **Emilio Pittarelli** (Campochiaro, Italie).

Aidé par les conseils de mon excellent maître, M. le professeur Morisani et du Dr M. V. Lauro (de Naples), j'ai fait construire un nouveau *réducteur utérin*, dont j'ai l'honneur d'exposer les principes à ce mémorable Congrès.

Tout récemment j'ai démontré, par des principes géométriques et mécaniques, que l'inversion de l'utérus doit être considérée comme une hernie du corps dans la cavité cervicale, et que, par conséquent, dans son traitement, la dominante doit toujours être la dilatation

(1) Voy. *Incurabili*, Naples, 1891; *Contributo alla patologio e al trattamento chirurgico dellà inversione dell'utero*, pel Dr E. P., Naples, 1891, p. 58, avec 7 fig.; et aussi *Annali di Ostetricia e Ginecologia* et *Rivista di Ostetricia e Ginecologia*, 1892.

(instrumentale) du cervix, suivie de la propulsion (également instrumentale) du corps hernié vers la cavité abdominale. En effet, la grosseur normale du corps surpassant la capacité normale du col, on ne saurait concevoir ni inversion, ni réduction, sans la dilatation préalable de ce dernier. Il faut rechercher et étudier le mécanisme de l'inversion et de sa réduction (*réinversion*), dans le rapport entre les diamètres transversaux du corps et du col, et, respectivement, entre le plus long des premiers, que j'appelle *diamètre-maximum* et le plus court des deuxièmes, qui coïncide avec l'orifice interne et que j'appelle *diamètre-minimum*. Pour les degrés et les variétés d'inversion il faut aussi considérer un troisième diamètre, segment du diamètre longitudinal du corps, compris entre les deux diamètres susdits : je l'appelle *diamètre chirurgical.*

D'après ce que je viens de dire on voit que tous les procédés, quand ils ont réussi, doivent nécessairement avoir dilaté le col, et que, par contre, nul procédé ne peut réussir sans cette dilatation. — La nécessité de la propulsion du corps de haut en bas est évidente et n'a pas besoin d'être démontrée.

D'après ces principes, j'ai fait construire, par Spinelli, de Turin, mon appareil, qui a précisément le double but de

a) Dilater le cervix et de
b) Repousser en haut le corps utérin.

Je m'abstiens de répéter ma démonstration, car son caractère, tout à fait mathématique, ne comporte pas une exposition orale. Je me bornerai à la description de mon réducteur, tel qu'il a été construit dans l'officine de Spinelli.

Il consiste essentiellement en un *dilatateur du col* et en un *repoussoir du corps* de l'utérus ; ces deux parties, correspondant aux deux actes essentiels qui forment, selon moi, la « réduction de l'inversion », c'est-à-dire la dilatation du col et la propulsion du fond de l'utérus.

Le dilatateur cervical consiste en un manche à deux branches, se terminant chacune en une cuiller à laquelle sont adaptées trois valves. Les branches sont unies par une charnière vers leur milieu, de manière que les cuillers peuvent être écartées ou rapprochées par une vis à pression située à l'extrémité opposée aux cuillers. L'articulation des six valves (trois par cuiller) sur les cuillers est mobile, mais peut être rendue fixe par une vis à mortaise (à l'image du forceps français), qui a aussi le but d'écarter ou de rapprocher les valves entre elles. De cette disposition il ressort que chaque valve peut se placer entre le cervix et le corps inversé indépendamment des

autres : ce sont les valves qui ont le but de dilater le cervix. Il en ressort aussi que les six valves du dilatateur peuvent avoir deux mouvements : l'un, particulier à chacune, donné par la vis à mortaise qui unit la valve à la cuiller; l'autre, commun à tous les six, donné par la vis à pression qui se trouve à l'extrémité des deux branches. L'utilité de ce double mouvement est évidente et parfaitement analogue à celle donnée, dans la dilatation du vagin, par le speculum de Gemrig.

Le *repoussoir du corps* affecte une ressemblance générale avec l' « uterine repositor » de Byrne (1). Il consiste en une tige droite tubulée, portant une cupule à son extrémité. Cette cupule est destinée à recevoir toute la portion inversée de l'utérus et doit avoir plusieurs dimensions, en sorte qu'elle puisse s'adapter à tous les cas possibles. A travers la tige une baguette se rend à un disque, qui forme un faux fond à la cupule et est mis en mouvement par une vis en T; d'où il ressort qu'après avoir dilaté convenablement le cervix par le dilatateur et adapté la portion renversée dans la cupule, le faux fond de la cupule repoussera en haut, c'est-à-dire *réduira*, le fond de l'utérus lui-même.

L'appareil est très robuste et élégant; j'en remercie l'habile constructeur qui a interprêté assez exactement ma pensée.

Voici sa manœuvre, telle que je l'ai conçue :

L'opération se divise en deux actes : l'un comprend la « dilatation du col », l'autre la « propulsion du corps ». Ces deux actes unis forment la « réduction de l'inversion ». Par analogie avec l'accouchement artificiel, le premier acte pourrait être appelé aussi la « préparation des voies ».

PREMIER ACTE

PRÉPARATION DES VOIES

Cet acte peut se distinguer en deux temps; l'un comprenant l'application du dilatateur, l'autre la dilatation du col.

Premier temps : application du dilatateur. — On commence par écarter et fixer les cuillers à une distance à peu près égale à celle des bords du col; puis on appliquera et fixera successivement les valves des côtés opposés.

Deuxième temps : dilatation du cervix. — Comme je l'ai dit, le chirurgien peut se servir, tantôt d'un mouvement commun aux six

(1) New-York, *Med. Journal*, 1878.

valves, tantôt du mouvement commun à chaque valve. C'est le cas spécial qui conseillera l'un plutôt que l'autre.

Ce deuxième temps sera terminé quand le col aura acqui une circonférence un peu plus grande que celle du fond de l'utérus qui doit la traverser.

DEUXIÈME ACTE

REPLACEMENT DU CORPS DE L'UTÉRUS

Cet acte peut, lui aussi, se diviser en deux temps.

Premier temps : application du repoussoir. — Il ne présente aucune difficulté : on l'applique et on adapte le repoussoir au manche du dilatateur par une pièce appropriée.

Deuxième temps : propulsion du corps. — Dans ce but, on met en mouvement, par la vis en T, le faux fond de la cupule, qui repoussera en haut le fond de l'utérus. Si l'opérateur a eu le soin de mesurer la longueur de la partie inversée de l'utérus, ce temps sera terminé quand la baguette du faux fond aura pénétré de la même longueur.

J'ai fait, avec un utérus artificiel de caoutchouc, des expériences comparatives entre mon opération et les autres opérations inventées jusqu'ici pour réduire l'inversion utérine. Voici les deux avantages essentiels que la réduction, exécutée avec mon appareil, a sur les autres procédés :

1. *Succès assuré.* — On connaît les difficultés très nombreuses et très graves que la réduction présente; c'est à ces difficultés que nous devons les quarante ou cinquante procédés inventés jusqu'ici, qui pourtant dans la grande majorité des cas ont failli. Dans le mémoire susdit, j'ai démontré que les causes de l'insuccès sont au nombre de deux, c'est-à-dire que les inventeurs ont négligé parfois la dilatation directe et proportionnée du col, parfois la propulsion également directe et proportionnée du corps inversé. Or, ces deux conditions sont aussi indispensables à la réduction, que, par exemple, la dilatation du col et l'extraction du fœtus sont nécessaires à l'accouchement artificiel. C'est pourquoi mon appareil, en réalisant exactement et dûment ces conditions, a sur les autres un avantage capital.

2. *Les suites de l'opération seront plus bénignes.* — En effet, je le répète, on ne saurait concevoir inversion réduite sans dilatation préalable du col et propulsion du corps. Tout procédé, donc, quand il a réussi, doit nécessairement avoir dilaté le col et repoussé le corps. Or, une dilatation et propulsion non directes, non localisées ou obtenues avec des moyens mécaniquement impropres,

auront irrité et contusionné non seulement les tissus utérins eux-mêmes, mais aussi tous les autres tissus pelviens. Mon appareil évite parfaitement ces inconvénients, parce qu'il localise exactement toute manœuvre sur l'utérus; et, comme il peut donner une action lente, soutenue et prolongée, il est le mieux apte à vaincre l'élasticité, la contractilité et la tonicité même du muscle utérin.

L'indication capitale de mon réducteur est dans la variété plus commune d'inversion, c'est-à-dire l'*introversion*, et je suis bien loin de prétendre qu'il soit la panacée de toute inversion; au contraire, je crois qu'un travail descriptif entre les variétés et les degrés d'inversion est absolument nécessaire pour sortir du chaos thérapeutique actuel et opposer à chaque variété ou degré un traitement rationnel. Nous voyons, en effet, que l'amputation, bien que foudroyée par des gynécologistes, tels que Lawson Tait, et bien qu'elle constitue une manifeste confession d'impuissance ou d'inhabileté, tend néanmoins très manifestement à s'asseoir sur les procédés conservateurs, qui ont une casuistique désolante. Il faut donc bien répéter à haute voix qu'on ne doit pas chercher dans l'amputation, mais dans la réduction, la solution du problème thérapeutique de l'inversion.

Tel est le but de ma communication.

NOUVELLE OPÉRATION POUR LE PROLAPSUS UTÉRIN

par M. **Westermark** (Stockholm-Suède).

Depuis cinq ans j'ai pratiqué une nouvelle méthode d'opération contre la chute de la matrice et j'ai été bien content des résultats obtenus. Je fais d'abord, selon la méthode de Martin, une excision du col, pourvu qu'un allongement de l'utérus existe. Je commence par la lèvre antérieure, l'hémorragie est supprimée par une ou deux sutures et les muqueuses du vagin et de l'utérus sont réunies également par les mêmes sutures. La lèvre postérieure est traitée de la même façon. Les bouts des fils sont laissés assez longs pour pouvoir fixer l'utérus pendant la suite de l'opération ; puis je fais, selon Simon, une colporrhaphie antérieure. Pour cela je décolle un morceau elliptique de la paroi antérieure du vagin allant de la lèvre antérieure de la portion vaginale de l'utérus jusqu'à 1 centimètre de l'ouverture uré-

trale, et les bords de la plaie sont réunis par des sutures profondes et superficielles.

Cette partie de l'opération se fait pour le cystocèle. Partant de la partie antérieure de l'incision existante dans la voûte latérale, je pratique une incision directement vers le côté gauche en la terminant à peu près à 3 centimètres de l'*introitus vaginæ* ; puis je fais une seconde incision parallèle à la première, à une distance de 2 centimètres de la première. Les deux incisions se réunissent en bas dans un angle aigu. La partie de la paroi vaginale entre les incisions sera enlevée, de manière à découvrir les tissus conjonctifs paravaginaux et paracervicaux. Les vaisseaux sont pris dans des pinces hémostatiques.

Ensuite, j'applique une série de points de sutures profondes, allant d'un côté à l'autre de la plaie. Ces sutures, je ne les noue pas encore. Par ce moyen, des fils du cervix qui ne sont pas encore coupés, le prolapsus est conduit vers le côté gauche et je pratique la même opération vers le côté droit. Ce n'est qu'après la reposition du prolapsus que les sutures des deux côtés sont nouées.

Si le périnée est rupturé, chose qui arrive généralement, l'opération sera finie par une périnéorraphie selon Tait.

La partie nouvelle de ma méthode consiste actuellement dans les colporrhaphies latérales.

Je fais ces incisions pour obtenir une rétraction assez forte du tissu conjonctif des ligaments larges, lesquels ont été allongés par le prolapsus. Par cette rétraction du tissu conjonctif, le vagin est resserré transversalement, de façon que les parois antérieures et postérieures s'approchent l'une de l'autre comme à l'état normal. Par ce moyen, la tension de la paroi du vagin, au bout supérieur duquel l'utérus se trouve, comme l'entonnoir dans le col d'une bouteille, a considérablement augmenté.

En effet, ce résultat a été obtenu dans tous les cas où je me suis servi de cette opération.

Des années même après l'opération, les parois antérieures et postérieures sont restées resserrées et l'utérus s'est trouvé à sa hauteur normale dans le bassin.

J'ai opéré vingt-deux malades selon la méthode ci-dessus : la première opération pratiquée date de 1887. L'année suivante j'en ai fait cinq ; en 1889, trois ; 1890, trois ; 1891, six et en 1892, quatre.

En outre, j'ai opéré, le 4 avril de cette année, un cas dans lequel je n'ai fait que les colporrhaphies latérales, bien que le cystocèle et la rupture du périnée aient eu lieu.

Ce n'est que pour un essai que j'ai opéré ce dernier cas, c'est-à-dire pour voir quel effet pourraient produire des colporrhaphies latérales. La malade n'a pas eu de rechute. L'observation est toutefois trop récente pour en faire une conclusion sûre.

De mes vingt-trois femmes opérées, quinze ont souffert d'un prolapsus total et huit d'un prolapsus incomplet. Parmi ces dernières, je compte toutes celles, chez lesquelles une partie de l'utérus se trouvait encore dans le bassin, quand je tirai le prolapsus par en bas.

Les résultats sont si encourageants qu'ils m'engagent à suivre cette méthode, parce que je n'ai eu aucune rechute.

ON THE IMPORTANCE OF FLUSHING AND EXAMINING THE GENITAL TRACT DIRECLY AFTER LABOUR

By **Alexander Duke** (Dublin).

It will be universally admitted that considerable injury may occur to the Parturient canal during the course of any labour unobserved thence the importance of examination which can be better effected at that time than any other.

The flushing of the uterine cavity with hot wather 110 degrees Fahr... will remove many of the sources of danger and the subsequent tactile and visual examination enable us to deal with any lesion discovered, a lacerated cervix abrasion of vaginal walls or lacerated perineum. In severe injury the parts are to be dracon together with carbolized catgut sutures and minor injuries cauterized with strong carbolic and painted with a mixture of equal parts of compound tincture of Benzoin and collodion. Thus giving the best chance for repair and prevention of absorption of morbid discharge.

As a rule no examination is made directly after labour.

Or, if the Perineum be found intact it is concluded all is well, when considerable injuries may have taken place unobserved.

I firmly believe that in the greater number of cases of Puerperal septicœmia some breach of surface existed through which the morbid secretions found entrance and innoculated the patient.

PLASTIC SURGERY OF THE PELVIC STRUCTURES IN WOMAN. — THE ADVANTAGES OF THE BURIED TENDON SUTURE.

By Heer **Henry O. Marcy** (Boston, Mass).

The repair of the various lesions to which the pelvic structures of woman are liable, incident upon parturition, has proved a fruitful theme for discussion for nearly a generation. This is not the place to trace the history of the subject, or the evolution of the methods which, at present, dominate the surgical teaching in the different centres of civilization, although it has an interest and fascination far more than ordinarily pertains to most problems in surgery.

Within the last decade, owing to the researches of a considerable number of patient investigators, much new light has been thrown upon the causation and character of the injuries of the pelvic structures, until it may now be readily accepted without discussion that the primal cause of, by far, the larger amount of suffering and subsequent structural changes in the parturient tract is incident to, and dependent upon, the weakening of the pelvic floor.

The levator loop which holds in its broad and firm grasp the lower portion of the bowel, arising from the crest of the pubis and attached posteriorly to the coccyx, itself a firm yet movable support, exercises a much more important function in the female than the male. It not alone supports, but lifts and throws forward the terminal portion of the rectum, in such a way, as to deflect it into an anterior curve, thus taking off the pressure upon the sphincter, until the lower bowel is considerably filled with fecal matter, rendering it, so to speak, a convenient cess-pool or receptacle for waste material; it also presses upwards the vulvar portion of the vagina, causing the vaginal muscle to become intra-folded upon itself. It is easily seen that the mechanical disposition of such a loop, embracing within its grasp two considerable openings, each independent of the other in design, and yet each in function occasionally occupying space belonging to the other, must needs have a stay, or lateral support, uniting and holding the two orifices. This is furnished by the transversus perinei muscles which, with other groupes of muscles and fasciae, less important to the present discussion, enter into, and make up the perineum of woman.

In the normal condition and function of the pelvic structures, by the conjoined action of these two groupes of muscles, the vagina is intrafolded in a way to produce in cross section the resemblance to a modified letter H, most pronounced in its lower third, ending in its attachment to the cervix in an almost crescentric fold, while the contraction of the vaginal muscle itself throws the mucous membrane into circular folds, the so-called rugae. The elastic column thus formed, in its normal state, entirely obliterating the canal, as an open space, is quite sufficient to support and hold the cervix uteri backward, while the fundus is held with a considerable limit of normal mobility by its lateral supports.

The weight of the abdominal contents, by the promontory of the sacrum, is deflected forward upon the symphysis pubis and the recti muscles, thus giving the organs of the pelvis a minor portion of the burden of support regardless of the position of the body. When the distribution of the superincumbent weight

upon the parts is thus maintained, the pressure from above downwards is sufficient to carry the fundus utéri toward the pubis which still further aids in preserving the very considerable angle at which the uterus and the vagina join.

Weaken the floor of the pelvis by a rupture of the lateral supporting muscles, the levator loop at once loses, in large measure, its important function of antero-posterior contraction, while the transversi, instead of holding the central raphe in tension, as a point of support, now by their contraction act to pull open the vulvar and vaginal orifice. When this takes place, the anterior wall of the rectum, having lost its support, pouches forward producing a more or less pronounced rectocele. The floor of the pelvis thus weakened, the vaginal orifice is necessarily dragged down with the prolapsing bowel, the tonicity of the vaginal muscle is lost, the cervix falls forward, the uterus change its position so as to become, as it were, a wedge, entering into and opening the upper portion of the vagina, inducing the various displacements of the organ so familiar to us all. The bladder in turn has lost its various means of support, and *pari-passu* with the other organs, is displaced, until at last every effort to empty the viscus still further adds to the disablement of its function and deformation of its structures.

The above rapid, but graphic sketch does not include all the causes or conditions which enter into the composition of the complex problem of the displacements of the pelvic organs, or lesions to which they are incident. However, it suffices for the purpose of this paper, and the brevity with which this portion of the subject must be discussed, to accept it as primal, from which to draw the most important deductions.

The problem which confronts us is, as far as possible, to restore the conditions of the pelvic organs to their normal state. This involves the subdivision of our subject of operative measures for plastic repair in accordance with the possible conditions present.

First. The Cervical Portion of the Uterus, except for the completeness of the sketch, this part of the subject might be almost wholly omitted. Thanks to the labors of our distinguished countrymen, the late Dr Sims and his early associate D^r^. Emmet, of New-York, the limitations and advisability of the surgical repair of the cervical tissues of the uterus are generally well understood and accepted by the profession at large. Little is required to be added for the completeness of our knowledge to the present date upon the surgical treatment of lacerations of the cervix uteri.

The restoration of the cervical tissues, after the proper refreshment, is greatly facilitated by the use of the Hagerdorn needle which pierces accurately and with comparative ease the thick, firm, cervical tissue. The interrupted silver wire suture, so long used by the followers of these great masters, has been most advantageously supplanted by the continuous animal suture, since this at least equally well holds the restored parts *in situ* and demands from the surgeon no attention subsequent to the completion of the operation. This is, in every way, a great gain by allowing the parts to remain continuously at rest, saving the patient the anxiety and dread of suffering consequent upon removal and the surgeon oftentimes a delicate, troublesome, manipulative operation in hunting after, and removing the loops of wire. More important than all, however, it is a great gain in that the surgeon may at once proceed to the performance of other operations, if, as is generally the case, such are deemed necessary. I

suppose it need scarcely be added that the manipulative procedures, at least in the present state of our knowledge, are decidedly safer when performed in the most careful aseptic way, including irrigation with the bichloride mercuric solution. I have found the operation quite simplified by the use of a depressor speculum, irregularly broadened at its inner portion and the handle hollowed for the escape of the irrigating fluid. This allows a much firmer grasp upon the levator loop and correspondingly permits a foreshortening of the depressor portion, which scarcely exceeds two inches in length. With a freely movable uterus, the cervix, without damage to the organ, is brought almost to the vulvar opening. A vaginal tampon, impregnated with iodoform, completes the dressing.

Second. Operations upon the Vaginal Roof.

The first in importance, although not in frequency, of the lesions of the superior structures of the vagina, is vesico-vaginal fistula. Here, as elsewhere, we pause for a moment to consider the monumental labors of our great founder of gynaecology. Without appreciating that the first great cause of the failure of the sutures, as then applied, was due to septic infection, Dr Sims accepted the metallic suture as a great gain over all material hitherto used, from the fact that it remained in the wound as an « unirritating » material. He demonstrated the better methods of repair, emphasized the primal importance of introducing the suture, so as not to include the mucous membrane, and worked out, with painstaking care, the methods of complete closure of the wound and retention at rest of the coapted surfaces. His dexterity, skill, and fertility of resource, will remain the admiration of all surgeons.

In this operation, however, I have advocated and used for some years, in quite a variety of conditions, the continuous tendon suture which I think is preferable to wire for the reasons advanced in the consideration of its use in the repair of cervical lesions. The secret of success in the use of the tendon suture is the same that pertains to Dr Sims operation, greatly aided, however, by our knowledge and appreciation of aseptic conditions, without which failure will ensue, no matter how carefully we obtain what Dr Sims considered as the fundamental factors, retention at rest of the carefully approximated, refreshened surfaces, by the means of the « non-irritating » metallic suture.

Third. — Cystocele. — The condition is not exceptional where, for reasons already referred to, the anterior wall of the vagina has become so deformed that it produces a protruding pouch which contains the base of the bladder, descending on a plane below that of the meatus. Fortunately for the surgeon the conditions here are quite unlike those which pertain to the posterior segment of the vagina in rectocele. Owing to the more or less constant effort in micturition and other causes, the vagina, although weakened as a means of support, has become greatly thickened anteriorly, and its vascularization increased. The surgeon having determined upon a reformation of the vaginal tract, after having duly cleansed the parts, marks out the portion which he intends to resect. The size and schape of the piece to be removed will of course depend upon the conditions present. It may be a simple ellipse, or it may be deemed wise to remove in addition (a portion, upon either side near the cervix), possibly the entire cervix, in certain cases of hypertrophy of the organ.

To the beginner, few plastic operations are attempted with more dread owing to the fear of wounding the bladder. It was on account of this that most of

the early operations, where the attempt was made to pare off with the scissors the mucous membrane only, and intrafold the vaginal muscle, resulted in failure. The method of operation is really simple. At the commencement of the prolapse, above the urethra, a division is made entirely through the vaginal muscle to which the bladder is loosely connected. With a little care, by means of scissors, a desired resection is made, the loose connective tissue attachment to the bladder making the separation easy. When in doubt it is well to minimize the piece removed and adjust the edges, the better to determine the effect, since it is easy to pare away the redundant tissue afterward, if necessary. We cannot help thinking that the following method of suturing is to be recommended as a great improvement over that generally in use. By means of a fully curved Hagerdorn needle, introduce aseptically the animal suture, preferably tendon, in the following manner. It is presumed that the operation thus far has been done in the lithotomy position, the parts having been fully exposed by the use of the retractor speculum. The continuous stream of the irrigator washing the parts clean, the bladder wall is elevated by some flat instrument, and the suture is introduced, commencing at the cervical portion, from a quarter to a third of an inch, deeply within and away from the cut surface of the vagina, from side to side in a continuous runnig, or lacing stitch, thus completely approximating and supporting the divided edges of the vaginal wall, the buried sutures lying at some distance from the meatus in front, within and away from the cut surface. This stich has been called by me the « parallel suture » since the needle enters and emerges parallel to, and just within the cut margin of the wound. It must be remembered that the needle in each subsequent stitch enters exactly opposite the emergence of the preceding one, or else the coaptation will be imperfect and the line of union wavy and puckered. A Second line of sutures is carried from within outward, begining at the cervical portion of the wound, through the deeper portion of the vaginal wall, parallel to the first line, closely uniting the divided edges, and yet none of the sutures penetrating through the mucous membrane, thus making a second line of buried sutures. Finally, the suture emerges very closely to the exit of the first, where the two may be joined by a knot and the ends cut short. The vaginal wall is now very carefully dried, dusted with iodoform, painted over with iofoform collodion, into which a very few fibres of cotton are introduced, and a dry tampon of iodoform wool is applied within the vagina.

This method of uniting the refreshened parts in vesico-vaginal fistula is sometimes advised, where the wound is sufficiently large to permit of the union of the tissues by burying the sutures in their different layers. In both cases, a retaining catheter for some days should allow the free escape of the urine in order that the approximated tissues may remain at rest.

There are also certain lesions of the upper portion of the vaginal tract which should be kept in mind, although of rare ocurrence, where in parturition the dilatation of the cervix has been imperfect, and thus it has been carried down before the advancing head, producing injury to the vaginal attachments, independent from that of the laceration of the cervix itself. Occasionally plastic operations upon the vaginal wall are required for the restoration of this lesion.

A rare form of injury to the parturient tract has been pointed out by Dr. Emmet of New-York, of which I have seen but a single complete example, although it is in a minor degree, often found associated with lesions of the perineum. It

consists of a more or less complete tearing away of the vagina from its connective tissue attachments to the surroundings organs, by its becoming folded over, or fixed, so to speak, to the advancing head of the child. It is important to bear in mind the possibility of this lesion of wich the following case is an exceptional illustration.

Mrs. M... aged 28, otherwise healthy, was sent to my hospital in 1889, under the supposition that she was developing cancer of the vagina. Her history briefly was, that about eighteen months previously, after a long and tedious labor, her first pregnancy, she was delivered instrumentally of a still-born child. Convalescence was tedious and imperfect, with much local pain and discomfort, continuing to the present. There was a moderate laceration of the perineum, but just within the vulva, there was a firm, hard, inelastic ring which barely admitted the tip of the index finger. Upon dissection it proved to be cicatricial, consisting of a fold of the vaginal muscle which extended upon either side nearly to the meatus. Restoration of the parts was effected by dissecting three-quarters of the vagina from its vulvar attachment for more than half its depth. Perineal structures were now restored and the vaginal tissues normally rejoined to the vulvar outlet. A rapid convalescence followed with entire relief to the patient and complete restoration of the parts.

Fourth. — Repair of Lacerations of the Perineum.

When incomplete the floor of the pelvis presents a great variety of changes, dependent upon the degree to which its structures have been weakened. When the sphincter fibres remain uninjured, the transversi having been separated, and by their perverted action the levator loop drawn apart, a more or less pronounced rectocele is usually present. Obviously the chief factor in importance is to restore the relation of the groupings of the sundered muscles which go to make up the pelvic floor. A careful examination of the anatomical relation of these structures will make apparent that the injury, sustained by the parts, is posterior to the vagina and hence, whatever operative measures are undertaken for their restoration they should include the parts involved. It is clear that this is not the vagina, and yet singularly nearly all surgeons content themselves by operating upon the vagina, after denuding it of its *mucous surface* only. It is true it is deformed, oftentimes stretched out to a thin muscular coat, the rugous surface of its mucous membrane entirely wanting, and yet nearly every operator, classed as authority has dwelt, at great length, upon the importance of denuding its *mucous* surface only, with the greatest care, and then intrafolding it with stiches, taken in every variety of manner, and combination of lines, confusing in detail and grading into each other in kaleidoscopic pattern. It is owing to this, in by far the larger measure, that such confusing and uncertain ideas pertain to the profession generally, which makes the repair of the perineum, as usually performed one of the most unsatisfactory of operations in surgery.

If it is true, that the structures that go to make up the pelvic floor and not the vagina, are the parts at fault, then it is equally clear that these are the tissues which merit and should receive our attention. It is not for a moment to be doubted, but that most operators have, in a certain measure, included these sub-structures in their operations upon the denuded vaginal muscle, but at the best this is accidental, faulty, and liable to failure, as we have observed in a

similar operation when undertaken for cystocele. I cannot doubt that the true rational of operative procedures, and consequent satisfactory result, should be based upon making the dissection *behind* the vaginal muscle and not *upon* it.

In incomplete ruptures, with more or less prolapse, the transversideleotur perinei muscles can no longer be felt, as a band in front of the rectum, and the levator has lost its tonicity. The restoration of these, with the various attachments of the sundered groups, to their normal relations and conditions, is the object sought.

The operation is simple and easy. The patient is placed in a good light in the lithotomy position upon a table. An inflated rubber irrigating receptacle with a large, efferent tube is put under the hips. This is a great convenience for purposes of cleanliness. They were first made for me, more than ten years ago, by the Davidson Rubber Co. of Boston. Somewhat recently, with slight modification, they have been introduced to the profession, as the « Kelley Pad ». The irrigation, with a 1-2000 sublimate solution, is under the direction of an assistant, and the entire operation is conducted with aseptic care. After the sphincter has been stretched and the lower bowel washed out, introduce two fingers of the left band into the rectum, which are not withdrawn, until the operation is completed. Usually about the posterior third of the vagina is separated with knife, or scissors, from its vulvar attachments.

A careful inspection of the vulva renders it easy to determine the commencement of the lesion, to which point on either side the incision must be carried. The recto-vaginal space is easily found and the dissection is made as far up as the crest of the rectocele and into the lateral sulci on each side as far as is necessary to reach the retracted transversi. These lateral sulci are formed by the retraction of the ends of the transversus perinei muscles, and it is important to dissect freely laterally, for the reunion of these structures is dependent upon the ability of the operator to seize upon and coapt them in the grasp of his sutures, thus rejoining them upon the median line. Dr. Emmet has very wisely pointed out the importance of taking up these vaginal tissues by his Y lines of suturing, but, to my mind, he has failed to emphasize the pathological conditions and the causes which have produced them. The separated flap is lifted and held by an assistant. Then by means of a large curved needle, firmly set in a handle with the eye near the point, I carry a tendon deeply from side to side through the base of the wound guiding the point of the needle upon the finger in the rectum so as not to penetrate it. The suture loop is evenly drawn and may be held by the fingers of the assistant for the fixation of the vaginal flap. The threaded needle is again introduced a little external to its first insertion quite deeply upon either side, so as to include the separated ends of the transverse muscles, unthreaded, rethreaded with the opposite end and withdrawn. In this way a complete double loop-stich is made and the suturing is continuèd until the required number of stiches are taken.

In rectocele with prolapse and large, deep sulci, the buried sutures are taken more deeply, laterally and internally, from side to side, in order to join the separated fibres of the levator loop with the retracted transverse perineal muscles. Usually four or five of the double stiches are required. They are secured by a knot and the ends cut short. The remaining tissues are coapted by a light running suture, taken from side to side, until all the structures are re-joined. It is sometimes better to remove a small portion of the redundant

deformed vaginal tissue, but as a rule it is safer to leave it, since it forms an excellent protection to the wound from infection by the vaginal secretions. The eoaptation is completed, every stitch being taken so that the suture is not in sight, all stitches remaining completely buried. The parts are carefully dried, dusted with iodoform, and covered with a very thin layer of iodoform collodion slightly stengthened with a few fibres of cotton.

When the dissection has been properly made, the tissues thus coapted form a firm, deep perineum. The finger, introduced into the vagina, recognizes at once the tense reconstructed pelvic floor. With proper dexterity the vulvar organs are reformed to the condition of those the woman who has never borne children, and if the reunion is primal, which should follow when the operation is aseptically done, the convalescenee is rapid, without pain, or ædema of the parts.

It is well to eause defecation not later than the third day; micturition in the knee-ehest position may be voluntary, but great care should be exercised to prevent the wetting of the restored tissues with urine. No special restraint of position of the body is required, a semi-reclining posture may be assumed within a few days and the patient allowed to sit up for short periods of time after the first weeek. Beyond the careful attention to retain the parts aseptic, no subsequent dressing is needed. This in my experience has been best effected by keeping the parts dry by the occasional change of the vaginal dressing and frequent dusting by use of the iodoform blower.

After some months it is often difficult to trace the line of reunion, even in a careful examination. Somewhat recently I have had the opportunity of examining a patient, for whom I restored the perineum more than twenty years since, and found perfect results. During the subsequent years of my surgical experience, after a great variety of modification in detail, I have adopted the above method, all too briefly described, as eminently satisfactory.

My experience comprises several hundred cases thus operated upon, and it is the very decided exception that failure in any degree results. If, for any reason, failure ensues, the tissues are in a better condition for subsequent operation than by any of the surgical measures, usually recommended, since *no tissue* has been removed, all having been utilized in the restoration of the parts. The enquiry has been made in what does the above described operation differ from the so-called flap-splitting operation ascribed to Mr. Tait. Greatly in rational as well as procedure. The causes and factorage of the conditions rendering surgieal procedure necessary are not elaborated and the operation as I have seen it, seemed to have but the one purpose, a wide lateral rather superficial division of the vulvar structnres with a coaptation of the everted flaps by a single row of interrupted silk-worm gut sutures, which in tying must lessen the depth of the perineum and which must afterward be removed. It has a marked advantage over the operations usually described, in that the dissection is *behind* rather than *upon* the vagina, but no intelligent effort seems to have been made to restore the normal relations of the sundered muscles. Mr. Tait and myself have each been accused of appropriating the ideas of the other. Upon my part I never heard of the flap-splitting operation of the Birmingham surgeon until after I had repeatealy published upon the subject, and I presume this may be equally true of Mr. Tait.

Operative measures advised, when the rupture is complete, do not differ

materially in principle from those advocated in incomplete rupture. Here, for apparent reason, rectocele is absent, and the hemorrhoidal venous plexus does not undergo deformation. The edges of the laceration are slightly refreshed, and the vagina, from each side of the rent, is dissected away, as far as may be deemed necessary, usually as already recommended, to include about the posterior third. The dissection is continued posteriorly on each side of the sphincter ani, in order to be able to reach the retracted ends of the torn sphincter muscles. The lower border of the rectum is reformed by a line of continuous tendon suturing, commencing a little above the rent in the line of the dissection which has been made between the vagina and the rectum. The stitches are taken from side to side laterally within the margin of the refreshened tissue; and the suturing is continued quite to the reformed anal outlet, the end of the suture being left unsecured, until a later stage operation. It will be noted that this running, or lacing suture, when drawn upon, is entirely buried within the refreshened tissues, while it everts the coapted mucous membrane of the bowel toward the rectal side. A similar line of suturing coapts and restores the vagina. The uncut end of the suture serves conveniently the purpose of lifting upward the vagina by the assistant, during the process of coapting the severed structures, which is done precisely as recommended in the reconstruction of the parts, in cases of incomplete rupture. The double suture is applied deeply on either side of the sphincter, in order to coapt the retracted ends of this muscle. In the failure to do this, a weak sphincter will frequently be the result, even if complete success has attended the restoration of the other stuctures.

Preliminary to the operation, it is important to have the lower bowel well emptied, thoroughly cleansed with an injection of sublimate solution, and a considerable ball of iodoform wool, with string attached for subsequent withdrawal, should be introduced high up into the rectum. The bowel is better moved by the fourth day, and a rectal tube may be inserted as early as the patient seems disturbed by flatus.

By this process of restoration, the so-called pin-hole, or recto-vaginal fistula can very rarely occur, in fact I have never observed it, although so commonly resulting by the methods usually advised. Success depends of course upon performing the operation under the strictest aseptic conditions, and retaining the parts devoid of infection during the process of repair. I have frequently seen this most troublesome affection cured as completely as when undertaken for the simplest of lesions. A recent case of cure is in illustration, operated upon in my hospital, where entire failure had followed in each of four successive operations, in the hands of an experienced surgeon, and the patient under hospital oversight and control.

I cannot help thinking that the measures above described are to be earnestly commended as simple, safe, and effective, but they must be executed with the most rigid aseptic precautions, without which failure will not only ensue, but the gravest dangers, not alone to the parts involved, but to the life of the patient, may readily follow.

Hemorrhoids. The pathological conditions which pertain to the rectal tissues result, in very large degree, from changes in the vascularization, dependent upon the dilatation of the hemorrhoidal veins. These are often deformed to an extent rarely appreciated by the ordinary practitioner, and only to be under-

stood by the surgeon who makes the vivisection for the purposes of cure.

I an constrained to believe, as I think for abundant reason, that the ligature and cautery, destruction of the tissues by acids etc, are not alone unsurgical and barbarous, but they also often fail in the end of securing the desired result, since a portion of the deformed structures not seldom remain uncured, and tissues of importance to preserve are thereby frequently destroyed.

A complete dissection of the deformed hemorrhoidal plexus, as advocated by M. Whitehead, offers in my judgement, abundant reason for adoption, and the only criticism which I have to make upon his method is, the closure of the wound with interrupted silk sutures. This method has been severely criticized, and has failed, in great measure, of general adoption, because of the fear of hemorrhage, which, during the indefinite past, has been emphasised as liable to pertain to any of the methods applicable to the cure of hemorrhoids. This is doubtless greatly overestimated by the profession at large.

The dilatation of the hemorrhoidal plexus is, indeed, sometimes truly enormous, but it will be found, upon dissection, that the vessels quite within the grasp of the sphincter are usually very little changed, and that here their constriction is simple and easy, I have, for some years, operated in a way to be commended as, in large measure, bloodless, and assuredly without danger of subsequent hemorrhage. The procedure is briefly as follows. The sphincter muscle is dilated, and the parts put on tension by two fingers in the rectum. Either with a sharp knife, or scissors, division is made upon the line of the juncture of the skin and mucous membrane. With a little care the veins are separated from the loose folds of connective tissue, without injury, down to the line of the sphincter muscle. They will be found closely connected with the everted, thickened mucous membrane, a portion of which it is well to remove. Division should be made through it upon the line selected for excision, and a continuous row of double tendon sutures is rapidly made to encircle the base of the hemorrhoidal plexus. It is then resected with scissors, and a light line of continued running sutures enclose the deeper layer, and when gently drawn upon, taken as advised from within outward; are themselves buried, thus leaving no stiches in sight. Carefully dried and dusted with iodoform, the operation is completed by painting the line of closure with a layer of iodoform collodion. It is usually better that three or four days elapse before defecation ensues, after which there is little suffering. With the paralysed muscle at rest the conditions of the parts remaining aseptic, pain and ædema are almost entirely wanting, and the contrast, between the suffering and too often defective result pertaining to the measures usually in vogue, are so marked, that I cannot help thinking, that he who gives this method of operation a careful trial will abandon all other for the cure of hemorrhoids.

It very commonly happens that the injuries to the pelvic structures are multiple; that the cause which produces a laceration of the cervix, at the same time weakens or destroys the pelvic floor, the resulting product of which confronts the surgeon. The factorage of this consists generally of a lacerated cervix, a displaced uterus which has become greatly enlarged, associated with a pronounced endometritis. When the sphincter ani muscle has escaped injury and the levator loop is weakened by the loss of its transverse supports, a more or less pronounced anterior bulging of the bowel ensues; - a *rectocele.*

The eversion of the vaginal outlet thus induced causes as a remote result the

prolapse of the anterior wall of the vagina with vesical tenesmus produced by the falling of the fundus of the bladder; - a *cystocele.*

The pathological series is often completed by a great dilatation of the hemorrhoidal plexus of veins induced by the difficulty of defecation, one of the results of the disturbed circulation of the pelvic vessels.

Few of the modern innovations which have so completely revolutionized surgery are more pronounced than the facility and rapidity with which we are now able to restore these structures to their normal relationship.

Until very recently, and unfortunately in accordance with the teachings of most of the text-books at the present, this class of sufferers, even in our special hospitals, have been subjected to weeks of confinement in bed; the so-called preparatory treatment, and *seriatim*, one operation after another of the four or five demanded for cure is performed, with an interval of some weeks between each, for the necessary recuperation of the vital powers, thus requiring a period of several months detention and invalidism.

This method of procedure is in large measure necessitated, when the suture material used must be removed. Silk may, it is true ulcerate its way out, if left alone, but few operators desire this, while wire, and silk-worm gut must be removed. One of the most marked advantages of modern wound treatment under aseptic precautions is the great gain derived from *combined* operations which the use of animal sutures has rendered possible. So far as I can learn these are rarely practised, or their importance even in a theoretic way appreciated. For the last five or six years combined operations at a single sitting have been with me a matter of almost daily routine practice, and their value emphasised in my teaching.

In illustration, in the foregoing group of injuries, the first operative measure should be a thorough curetting of the endometrium; since glandular hyperplasia is usually cœxistent with subinvolution and misplacement.

Next should follow the repair of the cervical laceration which may be single or multiple. If the conditions are pronounced an intra-uterine drainage-tube is necessary. Third in the series of operative procedures may come the resection of the anterior portion of the vaginal wall.

Fourth. The restoration of the structures of the pelvic floor, - the repair of the perineum should next be performed. Fifth, the dissection and removal of the hemorrhoidal plexus. To this series, I have not seldom added other operations, as for instance, the removal of superficial tumors, or even the operation for the cure of hernia. The abundant experience of the years teaches that the so-called preparatory treatment is not necessary in most cases, and as a rule is positively harmful. The general nutrition and vigor are lessened rather than increased by the period of detention in bed, while the nervous tension of the individual is oftentimes painful to witness, increasing daily as the time approaches for the much dreaded operation.

The repairative processes in these multiple wounds, when aseptic, progress equally satisfactory with very little if any additional suffering or danger, while the period of months is foreshortened to weeks with a corresponding lessening of pain, loss of time, expense, and suffering.

In resume it will be seen that the above group of operations are based upon a tripod of simple factors.

First. Clean dissection in aseptic tissues, aseptically maintained.

Second. The restoration of the parts to their normal relations by means of the animal suture, preferably tendon, aseptically buried, and the wounds protected from external contamination and infection by the simplest possible methods of dressing.

Third. Retention of the parts at rest. The tissues aseptically held at rest, for a few days only, take on the processes of repair almost without pain, œdema, or suffering. The collodion seal is less satisfactory in wounds of the mucous surfaces, than upon the skin; however, it is surprising to note the rapid changes inductive to repair which go on in an aseptic wound, and to this end external protection, after a brief space of time is far less important than was earlier supposed.

In the light of great principles, founded upon scientific data of practical value for the well-being of our race, personal questions sink into insignificance, and are deservedly worthy to be forgotten. However, I trust it will not seem presumption, in claiming for myself the merit which I know a generous profession is willing to grant to all scientific measures, which are deemed worthy of approval. The use of the buried animal suture seems almost a corollary to the problem of aseptic wound treatment, especially, when we take into account that the great principals, upon which its adoption is based, were clearly demonstrated by the immortal founder of antiseptic surgery.

Mr. Lister traced with painstaking fidelity the changes which ensue upon the closure of a great vessel by the animal ligature, when aseptically applied. Indeed, these changes, when the wound chanced to be aseptic, were as clearly pointed out and the results demonstrated in the early part of the present century by American surgeons, whose work is now well-nigh forgotten, although deserving of a permanent place in the history of surgery.

Dr. Jameson, a distinguished surgeon, of Baltimore, published a Prize Essay, in 1827, replete with demonstrations upon the lower animals, in which he followed with rare acumen the changes which ensued in the ligation of vessels, in continuity, with the *animal* ligature.

The material employed consisted, for the most part, of narrow strips of deer-skin, tanned after the methods in use by the American Indians. The skin, when finished, was soft and pliable, resembling the chamois skin of commerce, although a very much stronger and tougher product.

Dr. Mc Dowell, the founder of Ovariotomy, used such a ligature for tying the pedicle in his first case of ovariotomy. The celebrated surgeons, Drs. Physick and Dorsey, of Philadelphia, Dr, Nathan Smith of New Haven, and others, including Sir. Astley Cooper, of London, made use of such ligatures, cut short, and closed within the wound, and wrote approvingly of the results obtained.

Governed, however, by the theories of irritative conditions, inflammation, and vascular changes which occured in the tissues, the practical lesson which these men taught was lost to surgery, all obscured by the want of the knowledge of the processes of repair in *aseptic* tissues, until a better pathology demonstrated the now well defined lesson of septic and aseptic conditions which pertain to wounds.

Directly after having received personal instruction from Mr. Lister, in 1870, I operated upon a case of hernia, where the abdominal opening was so very large, that it became necessary to close it in order to remain its contents. This

I did, although with much misgiving, with interrupted sutures of catgut, cut short and closed within the tissues. The wound was dressed antiseptically, and primary union followed with a permanent resulting cure of the hernia. The lesson taught bore fruitage in a seires of histological studies upon sutures buried in the tissues of different animals, killed at varying periods after the introduction of the suture. The material used was primarily catgut, and afterward tendon taken from a variety of animals. I demonstrated that, little by little, the suture became infiltrated with new connective-tissue cells which, in a very considerable degree not alone surrounded, but replaced the buried animal suture.

The limit of this paper prevents farther detail upon this most important subject, except a brief reference to my publications upon it. My first case of operation, already referred to, occurred in February 1871, and my first contribution was in the Boston Medical and Surgical Journal, Nov, 16th, of the same year. I have repeatedly called the attention of the profession to this subject in various articles, published from time to time, until the present. As far as I am aware, the priority of my publications, upon the various uses of the buried animal suture, has never been questioned in America, but in Germany, I understand such honor has generally been accorded to werth, whose first contribution upon the subject was in 1876, five years after my first publication upon the subject.

Experience in the hands of many operators has now clearly demonstrated the wide applicability of the animal suture, covering the entire field of operative surgery, when *aseptically* applied, itself *aseptic*, in *aseptic* wounds. In such wounds, when the tissues are evenly coapted, drainage is no longer required, and any material left in the wound for the purpose, is not only superfluous, but positively detrimental and dangerous, since wounds thus closed, no matter how large, including even the major amputations, may be sealed with a germ-proof dressing, and all subsequent infection is impossible and attention, beside retention at rest, is unnecessary.

TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES UTÉRINES PAR L'ELECTROLYSE CUPRIQUE INTRA-UTÉRINE.

par M. **Delineau** (Paris).

La question des hémorragies utérines domine toute la pathologie des organes génitaux de la femme.

Les pertes de sang ont, en effet, le triste privilège d'effrayer, plus que tout autre symptôme, les femmes atteintes d'affections utérines.

Elles doivent donc fixer particulièrement l'attention du médecin. Aussi le traitement de ces hémorragies est-il l'une des préoccupations les plus légitimes du gynécologiste.

Je ne chercherai point, dans ce court travail, à donner des preuves d'érudition bibliographique. Après quelques considérations générales qu'il est toujours utile de rappeler, je me contenterai d'indiquer les avantages de l'électrolyse cuprique utérine, dans le traitement des hémorragies utérines, parce que je suis convaincu que l'électricité appliquée de cette manière, peut donner des résultats thérapeutiques supérieurs à ceux que donne l'électricité appliquée sous d'autres formes connues et restées invariables.

Ma conviction est basée sur des faits pratiques, sur des observations déjà nombreuses dont je vous ferai connaître les principales. J'en ai transcrit douze seulement, pour ne pas fatiguer votre bienveillante attention. Elles ont l'avantage d'avoir eu pour témoins autorisés des confrères ou des personnes touchant de près à l'art médical.

Causes. — Les hémorragies survenant au moment de l'époque des règles, ou succédant à l'écoulement menstruel, qu'elles continuent ou prolongent, prennent le non de *ménorrhagies;* celles qui se manifestent entre deux périodes menstruelles sont appelées *métrorrhagies*. Les premières sont plus fréquentes que les secondes.

La fluction périodique normale qui s'opère chaque mois dans la muqueuse utérine, depuis l'âge de la puberté jusqu'à l'âge critique, les congestions que déterminent dans cet organe ses fonctions et ses usages, montrent combien la femme est, par sa constitution même, exposée aux hémorragies utérines.

Je ne parlerai pas des hémorragies qui sont liées à la gestation ou à l'état puerpéral. Elles n'appartiennent pas au cadre de mon travail.

Dans notre pays, l'âge moyen de la puberté chez la femme, varie de 12 à 15 ans, et celui de la ménopause de 45 à 50 ans. La vie sexuelle chez la femme s'étent donc de 15 à 45 ans. Ce n'est que dans ces deux limites extrêmes que la femme peut être menstruée, devenir enceinte, accoucher, allaiter. De 25 à 30 ans, elle est à l'apogée du rôle que la nature lui a donné mission de remplir. La quantité de sang perdue à chaque époque normale varie de 100 à 300 grammes. La durée du flux menstruel est de trois à six jours.

Donc, toute époque qui se prolongera au delà de ses limites ordinaires devra être considérée comme une ménorrhagie. Avant l'heure de la puberté et après l'âge critique, l'utérus est dans des conditions de vitalité bien différentes. Aussi les hémorragies s'y produisent-elles rarement, à cette époque de la vie des femmes. Tout au contraire, les femmes qui ont eu de fréquents accouchements sont prédisposées aux hémorragies, comme celles d'un tempérament sanguin, qui ont des règles abondantes et prolongées. Les femmes douées d'une

extrême sensibilité nerveuse, et qui, comme cela arrive le plus souvent, sont en outre d'une constitution lymphatique, y sont également sujettes. Chez elles, en effet, presque toutes les excitations nerveuses se répercutent vers l'utérus. Dans beaucoup de cas l'excitation, abusive des organes génitaux prédispose aux hémorragies.

On doit citer encore comme causes adjuvantes, l'abus des bains chauds, la compression habituelle de la région abdominale par le corset, les marches forcées, la station verticale.

Dans ces cas, le début de l'hémorragie coïncide, presque toujours, avec l'époque menstruelle, tandis que la métrorrhagie reconnaît constamment l'action d'une cause occasionnelle violente; ainsi la course, l'équitation, les coups sur le ventre, les chutes sur les genoux, les efforts de toux, de vomissements et les excitations directes sur l'utérus.

Mais les métrorrhagies sont le plus souvent symptomatiques d'une affection organique de l'utérus ou de ses annexes. Qu'une femme en soit atteinte, mais surtout de 30 à 45 ans, une hémorragie accidentelle un peu abondante doit laisser craindre l'existence d'un fibrôme, surtout si l'on remarque la présence de caillots dans le sang rendu. Ces caillots sont alors expulsés avec des douleurs particulières, qui sont de véritables tranchées utérines (Tripier).

Les métrorrhagies chez la femme âgée de plus de 50 ans, feront soupçonner la présence d'un ulcère d'origine cancéreuse.

On croit généralement que les femmes réglées de bonne heure, parviennent plus vite, de ce fait même, à l'âge critique. C'est une erreur trop facilement accréditée, dont l'expérience fournit souvent la preuve contraire. Lorsque les règles n'ont apparu qu'à 18 ans, ou plus tard, et qu'elles ont subi des intermittences avant d'être bien établies, on doit penser que les organes sont imparfaitement développés.

Si, dans ces conditions, la femme devient mère, il est rare qu'elle ait cette satisfaction plus d'une fois. La ménopause survient alors vers 30 ou 35 ans.

Malgré la diversité des causes, *l'endométrite* domine dans presque tous les cas, l'étiologie des hémorragies utérines. On peut dire que, presque toutes les causes de ces hémorragies se rattachent à l'endométrite (Chéron), et qu'il n'y a pas d'hémorragie intra-utérine sans endométrite.

L'endométrite justifie l'application thérapeutique de *l'électrolyse cuprique intra-utérine.*

Symptômes. — Ce sont d'abord tous les prodrômes de la congestion

utérine : douleur à l'épigastre et dans les reins, avec sentiment de plénitude et de tension de ces parties, malaise général, agitation, fatigue. Ces accidents augmentent par la station et la marche. L'apparition du sang à la vulve, en signale le commencement.

Quant il s'agit d'une ménorrhagie, il est difficile de préciser le moment où l'hémorragie naturelle devient une maladie. Elle n'en prend le caractère que par l'écoulement rapide et exagéré du sang, ou sa persistance au delà du temps de la durée ordinaire des règles qui la caractérise.

Une fois déclarée, l'hémorragie présente des variations dans sa marche. Tantôt elle est légère au début et va progressivement en augmentant, tantôt elle apparaît avec une grande violence. Souvent aussi, elle offre des alternatives irrégulières d'augmentation ou de diminution. La plupart du temps la leucorrhée succède à la perte rouge. Elle est plus ou moins abondante. L'écoulement est blanc jaune, verdâtre et même irritant.

Sneguireff a établi que :

1° Plus il y a d'hémorragie, moins il y a de leucorrhée;

2° Plus il y a de douleur à l'époque des règles, plus il y a de leucorrhée;

3° La leucorrhée s'observe le plus souvent avec des fibrômes sous-muqueux et interstitiels.

La quantité de sang que perdent les femmes affectées d'hémorragies utérines, varie d'après le tempérament de la malade et la cause de la maladie. Quand l'hémorragie s'est répétée un certain nombre de fois, elle a une tendance à récidiver fréquemment et pour ainsi dire sans cause apparente. Elle prend alors la forme chronique dans laquelle l'écoulement est peu abondant et rarement interrompu. La malade est avertie de ce changement, par une tension continuelle et douloureuse du ventre, par une sensation fatigante de pesanteur, d'engorgement, de tuméfaction dans toute la région abdominale.

A mesure que la maladie se prolonge, l'écoulement sanguin perd de sa coloration. Ce n'est plus bientôt que de la sérosité à peine teinte, le pouls devient petit, irrégulier, la vue se trouble, le visage s'altère, pâlit, les extrémités se refroidissent. Les malades dépérissent, plus de force, plus d'appétit, alanguissement, défaillances, syncopes, etc.

Pronostic. — L'hémorragie utérine, par elle-même, peut entraîner la mort. Gallard, Siredey en ont cité des exemples. J'en ai vu un cas. Il s'agissait d'une femme de 28 ans, qui avait été curettée un an auparavant. Tous les moyens ordinaires, sauf l'électricité, avaient été employés sans succès. Au bout de quinze jours, elle fut prise d'un

hoquet convulsif, qui ne cessa qu'avec la mort. On expliqua cette terminaison fatale, en disant que le sujet était hémophilique.

Donc, le pronostic de l'hémorragie utérine mérite la plus sérieuse attention et cette affection doit être combattue aussi énergiquement que rapidement.

Traitement. — Gallard, Pozzi (de Paris), Schrœder (de Berlin), conseillent tout d'abord l'emploi de préparations d'ergotine, d'hydrastis Canadensis, de Canabis indics, du perchlorure de fer. Ces diverses médications sont bonnes et peuvent être utilisées, car elles diminuent quelquefois l'intensité des hémorragies.

Emmet (de New-York) recommande les injections vaginales d'eau chaude à 37°. Sneguireff (de Moscou) vante avec conviction les injections et irrigations vaginales et intra-utérines d'eau chaude à 40° de longue durée. Ce traitement n'est pas sans valeur, mais il exige le repos au lit. Il prédispose au sommeil, aux hallucinations, aux sueurs abondantes, aux refroidissements. Lawson-Tait (de Londres) veut l'ablation des trompes et beaucoup de chirurgiens, atteints du même radicalisme, enlèvent les ovaires sans hésitation.

On a tellement abusé de ces opérations qu'une salutaire réaction tend à se manifester aujourd'hui. Le curettage utérin lui-même commence à perdre une partie de la faveur dont il était primitivement l'objet.

On a signalé, en effet, des accidents très graves, à la suite de cette opération, réputée jusqu'alors inoffensive. Lannelongne, de Bordeaux, et bien d'autres chirurgiens habiles, ont eu à déplorer des cas malheureux de perforation utérine.

Les résultats du curettage sont, du reste, d'une efficacité plutôt momentanée que décisive, contre l'hémorragie. L'opération doit souvent être recommencée.

Ces divers modes de traitement sont ou trop radicaux ou trop superficiels. Ils condamnent la malade au lit. Ils exigent l'emploi du chloroforme; ils ont, en somme, les inconvénients des grandes opérations. L'espoir donné aux malades que la ménopause apportera le remède à leurs maux, n'est qu'un mirage trompeur. Les hémorragies retardent au contraire l'époque de la ménopause.

Reste l'électricité. — La galvanocaustie chimique de mon maître et ami, le Dr Apostoli, est aujourd'hui trop répandue, pour qu'il soit nécessaire de la décrire une fois de plus.

Elle est basée sur l'emploi d'électrodes inattaquables, par le pôle positif (platine, or, charbon), sur les hautes intensités, sur l'adaptation ou pôle indifférent, de la terre glaise destinée à rendre supportables ces hautes intensités.

Mon ami, le Dr G. Gautier, bien connu par ses travaux d'électrochimie, utilise depuis deux ans une méthode nouvelle d'application de l'électrolyse au traitement des tumeurs cutanées. Elle repose sur les propriétés électrolitiques du courant voltaïque, sur le pouvoir microbicide de *l'oxychlorure de cuivre* obtenu à l'état naissant, sous l'influence du courant positif au contact d'électrodes oxydables de cuivre pur.

L'oxychlorure de cuivre ainsi obtenu, se diffuse dans les interstices cellulaires, les pénètre en étendue et en profondeur, d'où le nom *d'électrolyse interstitielle* donnée par M. Gautier à sa méthode. On sait que les corps naissants mis en liberté au contact d'une électrode soluble attaquent cette électrode pour produire un composé chimique nouveau qui agit alors avec moins de causticité que lorsque les acides de l'oxygène sont mis en liberté au contact d'une électrode inoxydable.

La méthode Gautier a donné des résultats remarquables dans le traitement du lupus, de l'actinomycose, de la face, de l'arthrite fongueuse, du sycosis, de l'urétrite, alors que l'action électrolytique simple est restée inefficace dans le traitement de ces mêmes affections.

J'ai présenté moi-même à la Société d'Electrothérapie de Paris, une malade, que j'ai guérie d'un cancroïde du cou par l'électrolyse cuprique interstitielle.

Encouragés par des succès indéniables, nous avons pensé que cette méthode pouvait être appliquée à la gynécologie.

Elle m'a, en effet, remarquablement réussi dans le traitement des hémorragies utérines dépendant notamment de l'endométrite et des fibrômes.

M. Gautier appelle sa méthode *Electrolyse interstitielle.*

La dénomination d'*Electrolyse cuprique intra-utérine* que j'ai donnée à cette nouvelle application de l'électrolyse interstitielle, a, je crois, l'avantage d'en bien préciser le mode opératoire et le but.

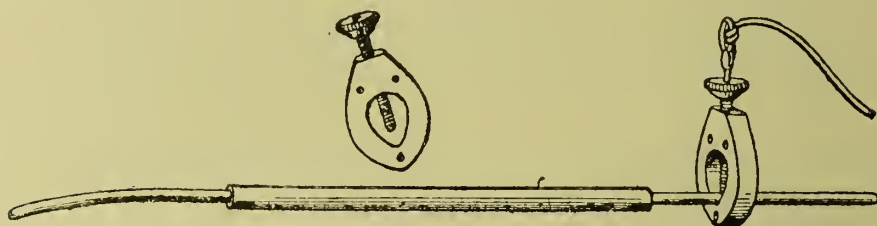
Outillage. — Les instruments nécessaires pour l'électrolyse cuprique intra-utérine sont peu compliqués.

Il faut d'abord une bonne pile à courant continu, reliée par deux fils à deux électrodes, l'une positive ou anode, constituée par une tige de cuivre pur; l'autre, la négative, ou cathode, constituée par une plaque métallique large, recouverte de peau de chamois humide. Il faut que cette plaque soit souple, puisqu'elle est appliquée d'ordinaire sur le ventre. La pile doit être munie d'un galvanomètre. Il importe également d'avoir une série de tiges de cuivre rouge, pur, graduée d'un millimètre de diamètre à 1 centimètre, ce qui en fait dix et longues de 25 centimètres chacune.

Les tiges de cuivre pur sont assez flexibles, de sorte qu'on peut leur

donner facilement, en cas de besoin, la forme d'un hystéromètre.

Pour fixer l'électrode au rhéophore positif, j'ai fait construire un instrument spécial que j'ai l'honneur de vous présenter.



Il est en aluminium, par conséquent léger, peu volumineux. Il a la forme d'un instrument dont les tourneurs se servent pour fixer solidement les pièces à tourner. J'y ai fait percer plusieurs trous pour recevoir à frottement le piton terminal du rhéophore. Le nom d'électrodophore que je lui ai donné répond à son application et à son utilité.

Un manchon isolateur, en celluloïd, approprié au calibre de la tige de cuivre, est indispensable pour éviter toute dérivation de courant.

Manuel opératoire. — Il est bien entendu que le courant positif est seul utilisable. Je me sers presque toujours du spéculum bivalve pour mettre au clair le col de l'utérus. Il me rend généralement l'hystérométrie facile. J'utilise en outre le manche du spéculum en y fixant le rhéophore actif, ce qui me permet de ne pas m'immobiliser devant la malade pendant la durée de l'opération et de pouvoir surveiller facilement l'aiguille du galvanomètre.

La séance doit durer de dix à trente minutes.

L'intensité du courant varie de 25 à 50 milliampères, rarement plus. Elle est donc toujours supportable.

Quand l'opération est terminée, on ramène lentement l'aiguille au zéro.

Si l'on veut enlever l'électrode de cuivre on la trouve adhérente et rebelle à la traction directe, même légère.

On devra, pour diminuer cette adhérence et éviter la petite hémorragie qui se manifesterait à la suite d'un retrait trop brusque, faire une inversion de courant de 5 à 10 milliampères négatifs pendant deux ou trois minutes. Puis, on attirera la tige doucement et en lui imprimant de légers mouvements de rotation de droite et de gauche. On fera ensuite

une irrigation d'eau stérilisée et antiseptique au sublimé à 2/1000. Enfin, je termine toujours l'opération par un pansement à l'ouate phéniquée ou à l'ouate hydrophile, saupoudrée d'un mélange de parties égales de poudre impalpable de tan, de quinquina et de charbon de bois.

La tige de cuivre retirée, reste imprégnée d'un dépôt d'oxychlorure de cuivre. Il faut la laver, l'essuyer, la frotter avec du papier à émeri fin pour lui rendre son poli et son brillant primitif.

Je plonge toujours mon électrode, avant de m'en servir, dans un bain d'alcool absolu pour en assurer l'antisepsie. La malade devra se reposer environ une demi-heure après l'opération.

Il lui sera recommandé d'éviter tout attouchement pendant plusieurs jours. L'hémorragie cesse quelquefois dès la première séance; mais il est souvent utile d'avoir recours à plusieurs applications pour obtenir un résultat définitif et satisfaisant.

Observation I. — Mme D..., marinière à Condé sur l'Escaut (Nord), m'est adressée par mon ami, le Dr Masingue. Ce distingué praticien soigne la malade depuis plusieurs années, par intermittences correspondantes à chacun des passages de cette personne à Paris. 54 ans. Tempérament sanguin. Constitution bonne. Deux couches, dont une gémellaire. Elle n'est plus réglée depuis quatre ans. Depuis deux années surtout, elle a des pertes irrégulières et presque continuelles avec de violentes douleurs abdominales et lombaires, qui l'affaiblissent énormément et la font beaucoup souffrir.

Toucher : abaissement utérin, hypertrophie et ectropion du col, tumeur fibreuse sous-péritonéale de la paroi postérieure du corps de l'utérus. Suintement catarrhal, épais, sanguinolent.

Hystérométrie : 8 1/2.

Le 29 juillet 1891, première application d'électrolyse cuprique intra-utérine de 50 milliampères positifs pendant dix minutes, au moyen d'une grosse tige de cuivre rouge pur, de 5 millimètres de diamètre; opération bien supportée.

5 août. Il n'y a pas eu d'hémorragie; pansement simple avec ouate phéniquée saupoudrée d'un mélange de poudre, de tan, de quinquina et de charbon.

10 août. L'hémorragie est revenue, mais peu abondante : deuxième séance d'électrolyse cuprique intra-utérine; même intensité, même durée.

17 août. Pas de pertes rouges, leucorrhée. Pansement antiseptique.

21 août. Pas de pertes; douleurs dans les reins.

4 septembre. Troisième séance d'électrolyse cuprique intra-utérine pos. 45° 7', suivie d'un léger écoulement sanguin, par suite du retrait trop brusque de l'électrode cuprique, fort adhérente. Cette faible hémorragie est arrêtée, du reste, immédiatement par une injection d'eau stérilisée froide.

15 septembre. L'hémorragie ne s'est pas renouvelée.

24 septembre. Quatrième séance : 30°, pos. 10', suivis de 10° nég. 2'; pas de pertes rouges à la suite.

La malade quitte Paris le 25 septembre. Elle ne ressent aucune douleur. Elle m'écrit en novembre qu'elle va bien et qu'elle n'a plus de pertes.

J'ai revu la malade plusieurs fois depuis un an. Elle va très bien et son fibrôme paraît disparu.

Observation II. — Mme G..., de Tours (Indre-et-Loire), 39 ans, multipare, est atteinte de deux gros fibrômes interstitiels, qui lui donnent l'aspect d'une femme enceinte. Métrorrhagies continuelles depuis trois ans, presque sans interruption, ce qui l'a mise dans un état de faiblesse indescriptible. Elle a des syncopes à chaque instant. Elle m'est adressée par son parent, mon ami le Dr Litardière, de Vivonne (Vienne), avec prière de la conduire à notre éminent maître, le Dr Péan, en vue de l'opération de l'hystérectomie. Mais le savant chirurgien trouva cette dame dans un tel état d'affaiblissement qu'il refusa net de l'opérer et lui conseilla d'essayer l'électricité, quitte à revenir au projet d'opération, si la malade reprenait un peu de force plus tard.

27 juin 1891. Première séance d'électrolyse cuprique intra-utérine, 150 milliampères, 5 minutes, bien supportés grâce à l'électrode indifférente de terre glaise, suivis d'une inversion de courant à 20° nég. 5'. Hystérométrie : 9.

1er juillet. Les pertes rosées se sont arrêtées le lendemain de la première séance; mais l'appétit est nul et l'état général déplorable. Je fais tous les deux jours, à la malade, une injection hypodermique de 5 milligrammes d'arsenic de strychnine, suivie d'une autre d'un centigramme de salicylate de fer.

7 juillet. Deuxième séance : application de même intensité, de même durée, bien supportée.

15 juillet. L'appétit commence à revenir; le facies est un peu moins pâle.

20 juillet. Troisième séance : 100° 7'.

27 juillet. Quatrième séance : 150° 5'; deux petites escarres au ventre.

Le 4 août. Mme G... a eu ses règles et une ménorrhagie de dix jours à la suite.

17 août. Sixième séance : 130° 6'.

Le 22 août. La malade se trouve mieux. Elle n'a plus de douleurs, plus de pertes, elle se sent de la force. Elle mange bien. Elle demande à aller passer un mois chez elle.

Dans les premiers jours de septembre, elle fut prise, du lundi au vendredi, de douleurs expulsives très pénibles. Le médecin, appelé, refusa de calmer sa souffrance par des injections de morphine, que j'avais conseillées par dépêche, notre confrère croyant avoir affaire à une fausse couche et voulant laisser agir la nature. Enfin elle expulsa de gros fragments d'un tissu doux, mou, de coloration brune foncée, qui n'étaient autre chose que ses fibrômes ramollis et atrophiés.

Le 2 novembre. La malade revient à Paris. Elle n'a plus le ventre proéminent, l'abdomen est affaissé. Son état général est bon.

En palpant le ventre, je constate encore la présence d'une toute petite tumeur fibreuse sous-péritonéale, molle, mobile, de la grosseur d'une noix, qui a résisté à l'expulsion de ses congénères ou qui s'est développée depuis.

Je revois la malade en mars. Elle présente les apparences de la santé la plus florissante. La menstruation est régulière. Il est convenu que si le petit fibrôme qui reste fait mine d'augmenter, nous le traiterons par la galvanocaustie chimique.

Mon ami, le Dr Litaudière, m'apprend en août que sa parente est à Royan en parfait état de santé.

Observation III. — Mme H..., 38 ans, unipare, tempérament bilieux, constitution bonne, est employée principale dans un grand magasin de Paris. Elle reste debout toute la journée et se fatigue beaucoup. Atteinte de pertes abondantes tous les mois et de douleurs abdominales, elle m'avait été adressée, en 1889, par M. Quentin, pharmacien. Je lui avais appliqué le traitement électrolytique ordinaire. Son état s'améliora sensiblement, mais, très occupée et se croyant guérie, elle abandonna le traitement. Elle me revient le 4 janvier 1892 dans un état d'affaiblissement alarmant. Douleurs violentes au moment des règles qui sont interminables depuis six mois.

Le 10 janvier. Première séance d'électrolyse cuprique intra-utérine pos. avec une tige de 3 millimètres de diamètre 50° 10'.

25 janvier. Deuxième séance de même intensité, même durée; mais suivie d'une légère perte.

5 février. Troisième séance de 30° pos. 15' avec inversion de courant de 10° nég. 2'; pas de perte.

15 février. Quatrième séance : 35° pos. 10' + 10° nég. 2'.

Mars. La malade se trouve bien, elle est menstruée régulièrement, pas de pertes, pas de leucorrhée.

Juillet-août. L'état satisfaisant de sa santé continue.

Observation IV. — Mme Fl..., de Charenton, 27 ans, n'a jamais eu d'enfant. Tempérament bilieux, constitution débilité. Cette dame souffre dans le ventre, à la région ovarienne gauche, à tel point qu'elle ne peut marcher que pliée en deux et la main appuyée sur l'abdomen. Ménorrhagies interminables accompagnées de douleurs lombaires. Atrésie moyenne du col. Rétroversion. Règles irrégulières.

Cette malade m'est adressée par le Dr Privé, de Charenton, le 9 septembre 1891. Elle perd depuis dix-huit jours. Elle reviendra quand le sang sera arrêté.

12 septembre. Première séance d'électrolyse cuprique intra-utérine 50 milliampères pos., 10 minutes, bien supportés. Hystérométrie : 5 centimètres.

16 septembre. L'hémorragie n'est pas revenue. La malade souffre moins, mais la marche est encore pénible.

20 septembre. Deuxième séance de même intensité et de même durée.

25 septembre. Troisième séance, semblable à la précédente.

3 octobre. L'amélioration se dessine. La malade marche droite. Faradisation bi-polaire fil fin 10 minutes, pour calmer la douleur ovarienne gauche persistante.

10 octobre. La malade a été réglée du 4 au 8, sans souffrance. Galvanisation des deux pneumogastriques.

17 octobre. Quatrième séance d'électrolyse cuprique 30° 10'; légère perte rouge à la suite, combattue par une irrigation d'eau stérilisée.

7 novembre. Elle a eu encore ses règles, sans douleurs, du 2 au 7.

6 janvier 1892. Mme Fl... va très bien; mais comme il lui reste de l'atrésie, je lui fais, sur sa demande, dans le but de combattre cette cause de stérilité, quatre séances, à dix jours d'intervalle, de galvano-caustie négative du col.

Une lettre du mari de cette dame m'apprend que sa femme est enceinte du mois de mars et qu'elle se porte bien.

Observation V. — Mme D... R..., propriétaire à D... (Somme), 43 ans, bipare, tempérament sanguin, forte constitution.

Son dernier enfant a 16 ans. Elle est malade depuis sa dernière couche. Elle m'est adressée par M. Derbecq, pharmacien, le 12 décembre 1891.

Règles irrégulières et pénibles. Métrorrhagies graves et rebelles aux traitements internes dans ces derniers temps. Leucorrhée de réaction acide, abondante et irritante. Douleurs continuelles dans les reins. Nervosisme. Utérus en antéflexion très prononcée, rendant le col très difficile à atteindre. Ulcère et hypertrophie du col. Endométrite.

14 décembre. Électrolyse cuprique intra-utérine 50 milliampères, pos. 7 minutes, mal tolérée. Hystérométrie : 8 1/2.

23 décembre. Deuxième séance : 30° 10' et 10° nég. 5'.

29 décembre. Troisième séance : 30° 10' et 10° nég. 5'.

11 janvier. Application d'une grosse électrode de cuivre pur sur l'ulcère du col 30° pos. 5', qui se recouvre d'oxy-chlorure de cuivre d'un beau vert.

17 janvier. Même application et quatrième séance ut supra, menstruation régulière.

21 mars. L'ulcère du col est cicatrisé. Il y a encore eu une petite ménorrhagie.

25 mars. Electrolyse cuprique intra-utérine pos. 25° 15' et 10° nég. 5'.

16 juin. La malade va mieux. L'hystérométrie ne mesure plus que 7 centimètres. Dernière application d'électrolyse cuprique intra-utérine de même intensité et de même durée.

Août. M. Derbecq me confirme la guérison parfaite de la malade.

Observation VI. — Mme D... m'est adressée à ma clinique, le 25 avril 1892, par M. Huré, pharmacien. 29 ans, nerveuse, bien constituée, mais très affaiblie. Anorexie, insomnie, crises nerveuses. Réglée à 15 ans, mariée à 20. Quatre enfants, le dernier a 3 ans. Règles très irrégulières depuis cinq ans, époque de sa pénultième couche. Elles durent quinze jours et plus. Douleur lombaire et ovarienne gauche. Malaise continuel. La pression épigastrique est très sensible.

9 mai. Galvanisation des pneumogastriques.

12 mai. Première séance d'electrolyse cuprique intra-utérine pos. 40° 10' et 10° nég. 5', suivie d'une hémorragie. Hystérométrie : 7 1/2. Lavage à l'eau boriquée et pansement antiseptique.

Juin-juillet. Cinq séances de même durée et de même intensité. Les règles sont redevenues normales.

1er août. L'amélioration persiste et l'état général est très satisfaisant à la fin d'août.

Observation VII. — Mme L.... se présente à ma clinique le 25 août 1891, recommandée par M. Agard, pharmacien. 38 ans, mariée à 20 ans. Une grossesse il y a quinze ans, veuve depuis huit ans. Tempérament bilieux. Constitution forte. Ordinairement bien réglée, six jours; mais depuis huit mois les règles sont interminables, pénibles et suivies de pertes blanches. Le mois dernier, durée vingt-deux jours, ce qui l'a beaucoup affaiblie et l'a décidée à chercher du soulagement, le travail lui devenant impossible. Hypertrophie du col, utérus douloureux au toucher. Antéversion, endométrite. Hystérométrie : 7.

29 août. Première séance d'électrolyse cuprique pos. intra-utérine 35° 10' et inversion du courant 12° nég. 3' avec une tige de cuivre pur de 3 millimètres de diamètre; bien supportée.

8 septembre. Deuxième séance ut supra.

14 septembre. La menstruation a été presque normale, peu douloureuse.

22 et 29 septembre. Troisième et quatrième séances ut supra.

6 octobre. La malade se trouve beaucoup mieux. Faradisation utéro-sus-pubienne.

En novembre. Menstruation régulière, continuation du traitement.

25 janvier 1892. La malade, tout à fait guérie, ne revient plus à la clinique, et des nouvelles récentes m'apprennent que son état de santé est toujours excellent.

Observation VIII. — Mme M... m'est adressée le 12 janvier 1892 par Mme Maubert, sage-femme. 40 ans, deux couches mauvaises, la dernière avec adhérence et rétention du placenta. Fausse couche il y a trois mois, suivie d'une hémorragie abondante Pertes rouges continuelles depuis cette époque. Douleurs abdominales et lombaires; hypertrophie de l'utérus. Antéversion.

22 janvier. Première séance d'électrolyse cuprique intra-utérine 25° pos. 12' et 10° nég. 5'. Hystérométrie : 8.

25 janvier. Nouvelle hémorragie avec expulsion de caillots et de débris de placenta. Pansement antiseptique.

Du 29 janvier au 10 mars. Cinq séances de même durée et de même intensité. La menstruation est devenue normale et indolore. La guérison est complète.

Observation IX. — Mme N..., marinière de D... (Belgique). 42 ans, nullipare, forte constitution, est atteinte depuis longtemps de pertes de sang irrégulières, abondantes, et d'une tumeur fibreuse. Elle n'en souffre que depuis deux ans.

Elle est entrée à cette époque dans une maison de santé à Auteuil; elle y a suivi un traitement interne et d'électricité faradique sans résultat. Elle était décidée à y subir l'opération ablatoire, mais ayant appris qu'une de ses amies venait de mourir à la suite d'une opération semblable, elle changea d'avis et demanda conseil au Dr Masingue, qui voulut bien me la recommander le 27 janvier 1892.

Examen : grosse tumeur fibreuse de la paroi postérieure de l'utérus, lequel est en antervésion prononcée, ce qui rend le col tangible. Hystérométrie : 9 1/2. Affaiblissement général, métrorrhagies graves.

29 janvier. Application de l'électrolyse cuprique intra-utérine pos. 100° 7' (électrode indifférente en glaise d'Apostoli), suivie d'inversion de courant 10° nég. 3'. Bien supportée et sans perte subséquente.

8 février. Deuxième séance ut supra.

16 février. La menstruation a été abondante, sept jours, mais peu douloureuse.

29 février. Electrolyse cuprique intra-utérine pos. 55° 10'.

4 mars. La malade retourne dans son pays. Amélioration très marquée, plus de pertes, bien que son travail quotidien soit des plus pénibles.

Le 2 juin, je revois Mme N... Son état s'est maintenu satisfaisant. Elle dit qu'elle n'est plus malade. Son ventre est toujours gros, avec tendance cependant à la diminution.

En juin, trois nouvelles applications de 15 minutes et de 25 milliampères d'intensité.

En juillet. La malade quitte Paris, enchantée de n'avoir plus de pertes, de douleurs et de pouvoir travailler comme si elle n'avait jamais été malade.

Observation X. — Mme M..., 34 ans, m'est adressée par M. Poirée, pharmacien. Elle a eu deux couches. Son dernier enfant a 9 ans. Elle souffre et perd du sang depuis son dernier accouchement. Son état s'est beaucoup aggravé depuis quatre ans. Elle est prise de douleurs atroces avant chaque époque menstruelle, assez régulière, du reste, et ne peut être calmée qu'au moyen d'injections de morphine. Enorme tumeur fibreuse, remontant jusqu'au sternum. Hystérométrie : 12.

Neuf séances d'électrolyse cuprique intra-utérine positive de 30 à 35 milliampères et de longue durée (10 à 15 minutes), ont amené la cessation des hémorragies et ont permis à la malade de reprendre des forces et du courage, mais elles n'ont pas calmé les souffrances de chaque mois.

Elle se décide alors à subir l'opération de l'hystérectomie, que mon éminent maître et ami, le Dr Péan, a pratiquée, avec le talent et le bonheur qui lui sont familiers, le 13 juin dernier.

La malade est aujourd'hui complètement et admirablement guérie.

Observation XI. — Mme Ch..., 28 ans, nullipare, tempérament lymphatique, constitution bonne, mais anémiée. Réglée à 12 ans, mariée à 24. Première ménorrhagie à 18 ans. Cette dame donne elle-même la première partie de son observation par la lettre suivante :

Paris, le 4 juin 1892.

Monsieur le Docteur,

J'ai eu votre adresse par une dame qui s'est très bien trouvée de votre traitement....., etc......

Je suis malade depuis deux ans. J'ai des pertes de sang continuelles. Au mois de mai 1890, j'ai eu une perte très forte, qui a duré plus d'un mois. J'ai subi un curettage opéré par le professeur Marchand. Je me suis trouvée soulagée pendant quelque temps ; mais au mois de novembre suivant, j'ai eu de nouvelles pertes et le même chirurgien m'a fait un second curettage au mois de décembre. J'ai été mieux jusqu'au mois de mars suivant, époque à laquelle j'ai été encore atteinte d'une nouvelle perte plus forte que toutes les autres et qui m'a duré cinq semaines. On m'a fait des piqûres d'ergotine et des applications de glace. Je suis partie à la campagne et m'y suis trouvée bien. Depuis le commencement de cette année, les pertes de sang ont recommencé, moins abondantes peut-être, mais de plus longue durée. Elles m'ont mises dans un état de faiblesse extrême. J'ai des syncopes, des crises de nerfs à chaque instant; je n'ai plus d'appétit, aucune force, aucun courage. Je peux dire que je suis toujours dans le sang. Un troisième curettage m'a été conseillé; mais j'ai tant souffert la dernière fois, que je ne peux me résigner à cette nouvelle opération, etc., etc.

Examen : Le ventre n'est pas ballonné. Col tuméfié et atrésié. Utérus mobile, douloureux au toucher. Antéversion. Hystérométrie : 6 1/2. Douleurs lombaires, marche difficile, station verticale pénible, sécrétions jaunâtres, muqueuse émergeant du col.

8 juin. Première séance d'électrolyse cuprique intra-utérine pos. 45° 10' avec inversion du courant 10° nég. 5', en pleine hémorragie.

11 juin. L'hémorragie s'est arrêtée le lendemain de la première séance. Il n'y a plus qu'un suintement rosé. Pansement antiseptique.

16 juin. Deuxième séance de même intensité, même durée.

25 juin. Troisième séance de même intensité, même durée.

10 juillet. Mme Ch... a eu ses époques pendant cinq jours sans exagération ni souffrance.

12 juillet. Quatrième séance ut supra.

15 juillet. L'amélioration obtenue est vraiment extraordinaire, la malade se croit guérie.

Du 1er au 4 août. Menstruation normale.

6 août. La malade se plaint d'une douleur ovarienne à gauche. Je lui fais une faradisation bipolaire. Cette opération est suivie d'une hémorragie qui désespère à nouveau la malade.

12 août. La perte n'a pas cessé depuis le 6 août. Cinquième séance : 25° seulement, mais pendant vingt minutes.

17 août. L'hémorragie s'est arrêtée.

20 août. Persistance de l'amélioration.

30 août. Menstruation normale.

5 septembre. La malade, aussi bien que possible, part pour les bains de mer.

Observation XII. — Mme G... m'a été adressée, le 18 février 1892, par le Dr Rogier. 43 ans, réglée à 14 ans; trois enfants, le dernier a 17 ans. Ses couches ont été bonnes; cependant, c'est après son dernier accouchement qu'elle a commencé à souffrir. Métrorrhagie d'une durée de trois semaines, cinq mois après cet accouchement, pendant que la malade était à Genève. Elle y a été soignée et cautérisée au crayon de nitrate d'argent. A la quatrième cautérisation, elle fut prise d'une hémorragie qui mit ses jours en danger. Elle a eu six métrites en dix ans. La plupart des rapports sexuels provoquent chez elle des hémorragies. Le ventre est énorme.

Diagnostic : Gros fibrôme de la paroi postérieure de l'utérus en latéro-version droite, hystérométrie : 22 1/2. Souffrances continuelles dans le ventre.

Elle a été soignée en dernier temps par le professeur agrégé Porack, qui lui a déconseillé l'opération à cause du volume de la tumeur et lui a recommandé l'électricité.

Elle s'est soumise à un traitement électrique, à hautes intensités, elle a tant souffert, dit-elle, qu'après quelques séances, elle y a renoncé et s'est remise à ses injections quotidiennes d'ergotine. Mais il est survenu des abcès à la suite de ces injections hypodermiques; c'est alors qu'elle alla consulter le Dr Rogier, qui me l'amena.

8 avril. Première séance d'électrolyse cuprique intra-utérine positive 60° 7', sans intervention bien tolérée, pas de perte rouge, malgré l'adhérence de la tige.

15 et 25 avril. Même opération 50° et de même durée. Ses

souffrances se sont calmées. Elle ne perd plus de sang. Elle a supprimé, bien entendu, ses piqûres d'ergotine dès la première séance.

Mai-juin-juillet. Une séance par semaine, excepté au moment de la menstruation qui est maintenant régulière de quatre à six jours.

Août. La malade prétend que son ventre a diminué. En tout cas, elle n'a pas la moindre douleur. Elle n'a plus d'hémorragies, ses règles sont normales, son fibrôme ne la gêne pas. Elle ne demande qu'à vivre ainsi et longtemps.

Le fait qui domine dans toutes ces observations de malades atteintes d'hémorragies utérines liées, soit à un fibrôme, soit à une endométrite, c'est que les douleurs ont toujours été très rapidement calmées et que les pertes de sang, généralement enrayées dès les premières séances, n'ont jamais résisté à un traitement de dix séances en moyenne.

Il faut noter, en outre, que les malades n'ont pas suspendu leurs occupations pendant leur traitement, et que la douleur causée par l'application intra-utérine de l'électrolyse cuprique, est à peu près nulle. L'intensité de 25 à 50 milliampères est la moyenne ordinaire des applications. 100 milliampères représentent un maximum qu'on n'atteint que rarement.

L'oxychlorure de cuivre se forme aux dépens du chlorure de sodium dont les différents éléments du corps humain sont normalement imprégnés. Il se dépose dans les interstices cellulaires des tissus en contact de l'électrode active, en les pénétrant et en diffusant dans une aire qui est proportionnelle à l'intensité du courant et à la durée de l'application.

L'expérience que je vais faire sous vos yeux vous démontrera clairement le mode de formation de l'oxychlorure de cuivre.

Voici, par exemple, un morceau de viande de belle apparence. Je le place sur cette plaque de métal, reliée au pôle négatif d'une pile.

J'introduis dans la chair cette tige de cuivre rouge, rattachée au pôle positif et je fais passer le courant.....

L'aiguille du galvanomètre s'arrête à 50 milliampères.

Remarquez la belle couleur verte qui se développe autour de la tige de cuivre.

Voyez comme cette tige est elle-même devenue adhérente (cas spécial à l'électrolyse cuprique intra-utérine) à tel point que, pour

l'arracher, je dois lui faire exécuter de légers mouvements de rotation de droite et de gauche.

L'expérience a duré cinq minutes.

Si nous sectionnons maintenant la viande aux points mis en contact avec la tige de cuivre, vous y constaterez cette même coloration d'un beau vert clair : c'est l'*oxychlorure de cuivre* qui s'est formé et qui s'y est diffusé à une profondeur de 4 à 5 millimètres.

Par des expériences nombreuses, MM. Gautier et Favier sont arrivés à prouver que la perte subie par une électrode de cuivre dans ces conditions est pondérable. Ils ont trouvé que cette perte est proportionnelle à l'intensité et à la durée du courant. Ce nouveau sel ainsi formé est représenté par la formule chimique Cu Cl, 2 Cu O.

En résumé : l'électrolyse cuprique intra-utérine donne des résultats remarquables dans tous les cas d'hémorragies utérines, symptomatiques d'une endométrite ou de tumeurs fibreuses. Elle se recommande, en outre, par les avantages suivants :

1° Facilité d'application sans anesthésie et même sans aides ;

2° La malade n'est pas obligée de s'aliter, de garder la chambre, ni même de cesser ses occupations ;

3° Intensité électrique faible, par conséquent, sans danger et très supportable ;

4° La douleur est toujours et sûrement calmée dès le début du traitement ;

5° Il n'y a jamais de complications septicémiques à craindre.

Cette application nouvelle de l'électrothérapie peut donc être utile à de nombreuses malades. Elle offre au médecin une précieuse ressource de traitement dans un grand nombre de cas graves.

J'engage mes collègues à l'expérimenter et à l'utiliser dans leur pratique.

UN CAS DE DYSTOCIE PAR CAUSES MULTIPLES

par M. **Faucon** (Lille).

J'ai l'honneur de présenter aux membres du Congrès la relation d'un cas de dystocie qui m'a paru digne d'intérêt. A défaut du mérite qu'elle pourait avoir de vous soumettre quelque cas nouveau ou peu connu jusqu'ici, ma communication aura du moins, je l'espère, celui

de vous retracer l'histoire d'un fait clinique intéressant et empreint, dans ses détails, d'une scrupuleuse exactitude.

Dans le courant du mois de mars 1891, je fus consulté par Mme D..., femme de 40 ans, fortement constituée et douée d'un embonpoint remarquable, pour certains troubles qu'elle croyait devoir rattacher à une affection utérine quelconque.

Elle se plaignait, en effet, d'être incommodée par une leucorrhée assez abondante, de date relativement récente, s'accompagnant de troubles vésicaux légers et de douleurs vagues dans le bas-ventre et parfois la région lombaire. En l'interrogeant, je sus que les règles étaient apparues pour la dernière fois vers la fin de *janvier*. Elle ne put me préciser exactement la date : tout ce que j'appris, c'est qu'elles avaient dû se terminer au plus tard dans les premiers jours de février et, qu'immédiatement après cette époque menstruelle, les rapports conjugaux, qui avaient été abandonnés depuis deux ans environ (le mari étant atteint d'une affection cardiaque chronique), avaient eu lieu, mais, une seule fois.

Je constatai l'existence d'une leucorrhée vaginale, assez abondante, avec coloration légèrement foncée de la muqueuse; le col que je ne pus atteindre que difficilement, en raison de l'embonpoint, me parut présenter un certain degré de ramollissement. J'informai ma cliente que toute idée de grossesse ne devait pas être écartée et me bornai à lui prescrire quelques soins hygiéniques, l'engageant à venir me retrouver après un mois ou deux.

Au cours de mon examen, j'avais pu constater que le diamètre vertical de la symphyse pubienne était beaucoup plus étendu que de coutume et que sa hauteur approximative était d'environ 7 centimètres. Je songeai naturellement, en présence de ce qu'on appelle vulgairement une barrure, à l'existence probable d'un rétrécissement sacro-sous-pubien.

En poussant mon interrogatoire, j'appris que, dans chacun de ses quatre accouchements précédents, dont le dernier remontait à cinq ans, l'expulsion de l'enfant n'avait pu se faire spontanément et que, chaque fois, on avait dû recourir au forceps.

J'eus l'occasion de revoir Mme D.... six à sept semaines plus tard; je constatai alors des signes certains de grossesse qui me firent supposer que la conception devait remonter, suivant toute prévision, au commencement de février. Du reste les mouvements actifs du fœtus furent perçus dans la suite à une époque qui semblait confirmer cette date; l'accouchement fut dès lors attendu pour les premiers jours de novembre.

Le 3 de ce même mois, en effet, je suis appelé dans la soirée auprès de Mme D..., souffrante depuis le matin, et constatai un commencement de travail. Le col, assez difficilement accessible, est effacé, mais nullement dilaté; la tête n'est pas engagée; par la palpation et l'auscultation je diagnostique une présentation du sommet, en position occipito-iliaque gauche antérieure. Les douleurs, assez énergiques au moment de ma visite, persistèrent avec le même caractère jusqu'au lendemain matin; dans la matinée elles diminuèrent de fréquence et d'intensité pour disparaître complètement dans la soirée du 4.

Jusqu'au 27 novembre, je n'entendis plus parler de rien : appelé ce jour-là, le matin à 7 heures, je me trouve cette fois en présence d'un véritable travail. Ce qui me frappe tout d'abord, c'est la forme de l'utérus, dont le grand diamètre est presque transversal. Malgré l'embonpoint et une distension exagérée de l'abdomen, je puis m'assurer, par un examen plusieurs fois répété, que le fond de l'organe, quoique difficilement dépressible, ne contient aucune des parties solides et limitables que j'y avais constatées, trois semaines auparavant; je ne trouve au-dessus du pubis aucune trace de tumeur sphérique; l'auscultation, pratiquée avec soin, est absolument négative ; en aucun point je n'entends les bruits du cœur du fœtus. J'apprends alors de ma cliente que, depuis une quinzaine de jours environ, son ventre, outre qu'il avait augmenté de volume au point de tomber au devant des cuisses, comme dans certains cas de kystes ovariens volumineux, s'est notablement élargi. Lorsqu'elle se trouve assise dans un fauteuil, dans lequel elle se mouvait facilement quelques semaines auparavant, elle est obligée, pour se lever, de faire une espèce de mouvement de rotation sur son axe vertical, sous peine de ne pouvoir se dégager que difficilement; si elle ne prenait cette précaution, elle emporterait le fauteuil avec elle, selon son expression. J'apprends, en outre, que les mouvements actifs du fœtus ont, depuis quelque temps, changé de place et Mme D... m'en rend très bien compte en me disant que la veille encore ils se sont fait sentir en avant. Par le toucher vaginal, je constate que le col, toujours très haut placé, est complètement effacé et entr'ouvert au point d'admettre facilement le bout du doigt; mais, je ne sens aucune partie fœtale.

En raison de la position du fœtus, reconnue trois semaines auparavant, et en l'absence de tout signe sthétoscopique, je diagnostique une présentation du tronc en position céphalo-iliaque gauche de l'épaule gauche.

Jusqu'à midi, rien de particulier à noter : travail lent, dilatation de la dimension d'une pièce d'un franc. A partir de une heure les

douleurs s'accentuent et à quatre heures je trouve une poche des eaux du volume d'un gros œuf de poule.

Ayant jugé dès le matin qu'une intervention serait nécessaire, j'avais prié mon collègue le professeur Delossur, suppléant du service d'accouchement, de vouloir bien me prêter son concours en cette circonstance. Lorsque j'arrivai avec lui, vers cinq heures, auprès de Mme D..., la poche des eaux venait de se rompre, donnant issue à une quantité considérable de liquide omniotique, deux fois supérieure, au dire de la parturiente, à celle perdue dans les accouchements précédents. A travers le col, largement entr'ouvert, se présente un coude facilement reconnaissable à ses saillies.

L'intervention que j'avais fait pressentir à la patiente, sans en indiquer la nature, s'imposait immédiate, elle est proposée et acceptée sans hésitation.

Le chloroforme est administré, et après une antisepsie rigoureuse des voies génitales, mon collègue se met en devoir de pratiquer la version podalique. Malgré une anesthésie profonde, cette dernière fut longue et laborieuse, le muscle utérin se contractant fortement au point de paralyser la main de l'opérateur, d'autre part, l'ampleur particulière des parties fœtales rendait les manœuvres difficiles. Après le dégagement d'un tronc volumineux remplissant complètement le vagin, il fallut ramener à tour de rôle, contre le thorax, les deux bras qui s'étaient défléchis ; cette partie de l'intervention fut la plus laborieuse et ce ne fut qu'au bout de dix minutes d'efforts persévérants et soutenus, qu'il fut possible à mon collègue d'extraire un enfant, du sexe masculin, magnifiquement constitué et du poids peu ordinaire de 5 kilogr. 750 grammes. Contrairement à nos appréhensions, l'expulsion de la tête se fît sans difficulté, grâce assurément à la précaution que je pris de saisir à pleines mains le fond de l'utérus, exprimant pour ainsi dire ce dernier et exagérant la flexion de la tête, tandis que l'opérateur, plaçant un doigt dans la bouche du fœtus, terminait la version par les manœuvres habituelles.

Par suite de la compression du cordon, l'enfant naît en état de mort apparente ; la face est pâle et les téguments paraissent privés de sang ; le cœur est sans mouvement, la poitrine fixe et immobile ; nous nous mettons néanmoins en devoir d'essayer de le rappeler à la vie. Grâce à la respiration artificielle, à l'insufflation pratiquée de bouche à bouche, à défaut du tube de Chaunier, aux bains chauds, aux frictions stimulantes et à la flagellation énergique employées tour à tour, nous constatons, au bout de vingt minutes, les premières

contractions cardiaques suivies quelque temps après d'inspirations saccadées qui, isolées d'abord, deviendront régulières ensuite ; au bout d'une heure d'efforts persévérants, la respiration et la circulation s'exécutèrent normalement.

En procédant à la délivrance, nous nous trouvons en présence d'une déchirure du périnée, s'arrêtant heureusement au sphincter externe, mais intéressant la muqueuse de la cloison recto-vaginale sur une assez grande hauteur. Séance tenante, cette déchirure fut restaurée à l'aide de dix points de suture superficiels et profonds au crin de Florence ; une injection intra-utérine d'une solution au sublimé à 1/3000 fut pratiquée et l'accouchée remise dans son lit.

Les suites de couches furent absolument normales, la température ne dépassa pas 37°5 ; les fils de suture, enlevés le huitième jour, permirent de constater que la réunion par première intention était complète ; le vingtième jour Mme D... quittait la chambre et reprenait sa vie habituelle. Quant à l'enfant, qui, pendant trente-six heures, nous manifesta par ses cris son mécontentement de la verte fessée qui l'avait accueilli à son entrée dans le monde, il est aujourd'hui un magnifique bébé de près de dix mois.

Le fait de la prolongation de la grossesse, pendant une durée d'au moins trois semaines, me paraît hors de doutes, étant donnée l'époque prise de la dernière menstruation, suivie immédiatement d'un coït unique, et les signes prodromiques du travail qui se sont manifestés à l'époque où l'accouchement était attendu. Cette prolongation explique du reste le poids peu habituel de 11 livres 1/2 chez les nouveaux-nés à terme.

Quant à la présentation du tronc, consécutive à la présentation du sommet en première position que je diagnostiquai vingt-trois jours auparavant, elle a pu se produire dans l'utérus exagérément distendu par le liquide amniotique, sans que la parturiente ait commis aucune imprudence susceptible de provoquer un déplacement brusque, qui, du reste, ne lui aurait certainement pas échappé.

Enfin l'écueil apporté, dans les accouchements antérieurs à la sortie spontanée de la tête, par le fait de la barrure, et qui, dans ce cas particulier, aurait pu entraîner de graves conséquences, la tête s'était défléchie, a été facilement évité, grâce à la manœuvre, qui n'est pas nouvelle du reste, à laquelle nous eûmes recours pour terminer la version.

NOTE SUR L'EMPLOI VAGINAL ET RECTAL DU BALLON DE PETERSEN DANS LES OPÉRATIONS PELVIENNES

par M. **Leprévost** (Le Havre).

La position inclinée de Tredelenburg, en débarrassant le petit bassin des anses intestinales, a assurément facilité les opérations qui se pratiquent sur les organes pelviens par la voie abdominale. Néanmoins, certaines manœuvres s'exécutent souvent avec difficulté, ce sont celles qui s'exécutent dans la profondeur du petit bassin sur la portion supra-vaginale du col et dans le cul-de-sac de Douglas.

Dans l'espoir de rendre ces parties plus accessibles, je me suis servi du ballon de Petersen. Ce procédé n'est pas inédit; Ulmann l'avait déjà préconisé comme manœuvre d'exploration à travers les parois abdominales ; mais s'il a été employé par quelque chirurgien, au cours des opérations sur l'abdomen, je ne crois pas que l'usage en soit aussi répandu qu'il mérite de l'être.

Je n'emploie le ballon que lorsque, au cours des opérations, je me trouve en présence de difficultés qui tiennent à la profondeur des organes à atteindre, et je l'applique tantôt dans le vagin, tantôt dans le rectum; je surveille toujours avec le plus grand soin les progrès du gonflement, en m'assurant par la vue et le toucher, que les parties ne sont pas soumises à une tension excessive.

Introduit dans le vagin, le ballon de Petersen refoule le fond de l'utérus vers l'angle sacro-vertébral, ouvre, étale en quelque sorte le cul-de-sac vésico-utérin, et amène la partie supra-vaginale du col dans le champ de l'incision abdominale. En même temps, il immobilise l'utérus d'une façon plus égale et plus continue que ne saurait le faire la main d'un aide. Lorsque l'on veut agir sur le cul-de-sac de Douglas, c'est dans le rectum qu'il convient d'introduire le ballon.

Si le plancher pelvien est souple, il se laisse soulever, et le cul-de-sac de Douglas devient peu à peu convexe. Grâce à cette disposition nouvelle, le sang, le pus ou les liquides septiques qui ont pu tomber dans l'abdomen en sont facilement délogés. On comprend que cette manœuvre puisse être mise à profit dans les cas où il est nécessaire de faire une toilette particulièrement méticuleuse de cette partie du péritoine. Mais lorsque le plancher pelvien a perdu sa souplesse par le fait d'une infiltration plastique ou suppurative, il n'obéit plus aussi facilement à l'action du ballon et se laisse plus difficilement soulever.

Néanmoins, dans ces circonstances, on peut encore réduire de quelques centimètres la profondeur du bassin, et, si faible que soit cette élévation, elle n'est pas à dédaigner cependant dans ces cas difficiles où, à travers une incision étroite des parois abdominales, il faut aller à l'aveugle et du bout des doigts décortiquer un ovaire ou une trompe kystique prolabés dans le cul-de-sac de Douglas.

Mais il faut n'user de ce moyen qu'avec une seconde circonspection en procédant avec lenteur et prudence; car, dans les cas où le plancher pelvien a perdu sa souplesse et son extensibilité, il est, en même temps, devenu plus friable, et l'on doit toujours songer à la possibilité d'une déchirure.

ABSENCE CONGÉNITALE DU VAGIN, DE LA TROMPE ET DE L'OVAIRE GAUCHE. — UTÉRUS RUDIMENTAIRE. — CASTRATION. DES INDICATIONS OPÉRATOIRES DANS LES CAS D'ABSENCE DU VAGIN

par M. **André Boursier** (Bordeaux).

Anna D..., âgée de 20 ans, excerçant la profession de domestique, se présente le 28 mai 1892, à la consultation gynécologique de la Faculté de Médecine de Bordeaux, parce qu'elle n'est pas réglée et qu'un médecin qui l'a examinée lui a dit qu'elle n'était pas bien conformée.

Interrogée sur les antécédents héréditaires, elle nous apprend que personne dans sa famille ne présente de malformation d'aucune sorte. Elle a un frère et une sœur qui jouissent d'une excellente santé : sa sœur a eu plusieurs enfants tous très bien constitués.

Personnellement, à part la rougeole, qu'elle a eue trois fois, elle n'a fait aucune maladie importante : elle n'a pas eu de rachitisme et n'a éprouvée aucun retard dans la dentition ni dans la marche.

Bien que très convenablement développée, elle n'a jamais été réglée. Mais depuis l'âge de 15 ans elle a eu de violentes coliques dans le bas-ventre : ces douleurs très intenses s'irradient vers la région lombaire et au niveau de la partie supérieure et antérieure des cuisses. Elles reviennent périodiquement tous les mois, durent pendant trois à quatre jours, puis disparaissent; elles sont souvent assez intenses pour forcer la malade à garder le lit, et ont parfois, mais rarement, été

accompagnées de vomissements bilieux. Bien qu'elles rappellent, en les exagérant, les douleurs prémonitoires des périodes de règles, elles n'ont jamais été suivies d'hémorragies supplémentaires. Les seins qui sont très normalement développés et assez volumineux, se gonflent légèrement pendant la durée de ces crises douloureuses. Il en est de même du corps thyroïde, qui, d'ailleurs, dans l'intervalle des crises, présente un volume un peu exagéré.

En outre, pendant la crise, la malade devient très nerveuse, elle a des attaques de nerfs à la moindre contrariété, parfois même un peu de fièvre. Les douleurs envahissent toute la région du bas-ventre et lorsqu'elles sont très developpées s'étendent à tout l'abdomen. Elles s'accompagnent de céphalalgie.

La crise débute ordinairement par des douleurs siégeant au niveau de l'hypogastre, puis dans les hypochondres. Le cou se gonfle, la toux rauque apparaît, la malade souffre de la tête, puis le ventre devient tuméfié, extrêmement douloureux, surtout vers les régions inférieures. Ordinairement pas de vomissements. Tous ces phénomènes durent pendant trois ou quatre jours, peuvent même se prolonger jusqu'au huitième jour, puis tout rentre dans l'ordre, et la santé redevient parfaite jusqu'à la prochaine crise qui reparaît d'ordinaire à un mois de distance.

Examen. — A première vue cette fille paraît très bien constituée. Elle est assez grande, plutôt forte, d'un certain embonpoint. Les seins très bien développés sont plutôt volumineux, les hanches larges : elle paraît avoir tous les caractères extérieurs de la femme.

Si nous examinons les parties génitales, nous trouvons une vulve tout à fait normale, les grandes et petites lèvres ainsi que l'appareil clitoridien sont bien développés ; il en est de même du système pileux. La fourchette est bien conformée et on trouve au-dessus, un cul-de-sac muqueux qui est très peu profond, 1 centimètre environ. L'hymen se présente sous la forme d'une membrane très étroite en forme de collerette plissée, et circonscrit l'orifice urétral. Le canal de l'urètre est largement dilaté, son orifice se montre sous la forme d'une fente longitudinale médiane, longue de 2 centimètres environ. Au premier abord on pourrait le prendre pour l'orifice du vagin ; d'ailleurs il admet assez facilement l'index, et il est très facile de pratiquer, sans dilatation préalable, le toucher vésical chez cette malade. Le doigt, introduit, pénètre facilement dans la vessie, et reconnaît facilement le velouté particulier de sa muqueuse. On ne trouve d'ailleurs aucune autre trace du vagin que le petit cul-de-sac muqueux insignifiant que nous avons signalé au-dessus de la fourchette.

L'absence de l'orifice vaginal ainsi constatée, il restait à examiner l'état de la partie supérieure du conduit du vagin, de celui de l'utérus. En introduisant une sonde dans la vessie, pendant que l'index gauche pratiquait le toucher rectal, j'ai pu très rapidement me rendre compte, que les deux organes, vessie et rectum, étaient pour ainsi dire en contact, et qu'il n'y avait aucune trace de conduit vaginal interposé entre eux. Je recherchai alors l'utérus par le même procédé : mes recherches furent vaines, non seulement je ne le trouvai pas, mais je ne saisis rien qui put me faire croire à la présence d'un utérus plus ou moins déformé et assez rudimentaire pour n'avoir pas ses caractères physiques ordinaires. Je crus donc devoir conclure à l'absence d'utérus, comme j'avais conclu à l'absence du vagin.

Nous verrons plus tard que cette opinion était erronée.

Je pratiquai alors l'exploration bi-manuelle en introduisant l'index droit dans le rectum, pendant que j'explorais avec soin les organes pelviens à travers la paroi abdominale à l'aide de la main gauche. Je ne trouvai pas davantage l'organe utérin, mais au niveau de la partie droite du bassin je sentis très nettement un ovaire, dont l'aspect paraissait normal et qui roulait entre mes deux mains. Du côté gauche je rencontrai seulement une sorte de bride transversale, que, jusqu'à nouvel ordre, j'estimais être une trompe de Fallope. J'avoue cependant que cela était assez peu net.

La malade, en dehors des crises que nous avons signalées plus haut, a une bonne santé habituelle. Cependant, depuis plusieurs mois, elle devient de plus en plus nerveuse. Elle avoue ressentir des désirs vénériens assez accusés, et aurait subi une tentative de coït, laquelle est d'ailleurs demeurée infructueuse.

Il résulte de ce long examen que notre malade est atteinte de malformation congénitale de l'appareil génital, consistant en une absence complète de vagin et probablement d'utérus. Cependant, cette malade paraissait posséder des annexes normales, et c'est par leur existence que peuvent s'expliquer les crises douloureures mensuelles survenant depuis l'âge de 15 ans, et qui correspondent évidemment à la congestion calaméniale.

Je conseillais à la malade d'entrer à l'hôpital Saint-André, et comme je n'avais pas à ce moment-là de service, elle fut placée dans les salles de mon collègue le Dr Gervais. J'examinais de nouveau cette malade avec M. Gervais, et les résultats de notre exploration furent tout à fait sembables à ceux que j'ai exposés précédemment.

Que faire pour soulager cette malade ? Deux opérations pouvaient être tentées : La création d'un vagin artificiel, ou bien l'opération de

Battey, c'est-à-dire la castration ovarienne pour supprimer la fonction menstruelle. Nous crûmes devoir rejeter la première. En effet, l'absence d'utérus rendait inutile au point de vue de la menstruation la création d'un conduit vaginal, et de plus l'on sait combien il est difficile, malgré toutes sortes de précautions opératoires, d'empêcher la coarctation ultérieure de ces vagins artificiels. Nous résolûmes donc de pratiquer à cette femme une castration ovarienne.

Celle-ci eût lieu le 6 juin 1891. La malade ayant été endormie et toutes les précautions antiseptiques ayant été prises, M. le Dr Gervais pratiqua une laparotomie médiane de 8 centimètres environ, j'introduisis alors la main dans l'abdomen et me dirigeant vers la porte iliaque droite, je trouvai immédiatement une trompe et un ovaire droits d'aspect absolument normal que j'amenai au dehors. L'ovaire et la trompe avaient leurs dimensions ordinaires : l'ovaire présentait un ou deux petits kystes de la grosseur d'un noyau de cerise environ et de plus on voyait deux corps jaunes à sa surface. En attirant la trompe au dehors, nous nous aperçûmes qu'elle était implantée sur un utérus rudimentaire, de la grosseur de la première phalange du petit doigt environ, et qui avait échappé à toutes les investigations, parce qu'il était situé derrière la branche horizontale droite du pubis contre laquelle il était appliqué. Cet utérus semblait réduit à sa corne droite, son côté gauche était rectiligne et plan, et son extrémité inférieure, au niveau de laquelle la palpation ne permit pas de reconnaître de col, se perdait dans un petit amas de trousseaux fibreux, au milieu desquels il n'y avait aucune trace de conduit vaginal. Les annexes du côté gauche : ovaire, trompe, ligament rond faisaient totalement défaut. En résumé, il semblait que chez notre malade, l'arrêt de développement ait été dû à la disparition complète du canal de Müller du côté gauche, tandis que celui du côté droit, resté normal dans la portion tubaire, et la partie supérieure de sa région utérine, ait été atrophié aussi dans toute sa partie inférieure.

La trompe et l'ovaire droits sont liés au niveau de la corne utérine et enlevés.

Le ventre est refermé à l'aide d'une suture à trois étages. Pansement iodoformé.

L'opération, qui avait été très simple, eût des suites très simples aussi.

La guérison fût retardée par une légère bronchite qui se montra vers le 15 juin. Mais le 25 la malade, totalement guérie, commençait à se lever et à marcher. Elle attendait sa crise douloureuse vers le 22 juin :

mais celle-ci ne s'est pas produite ; Anna D... quitte l'hôpital, quelques jours plus tard, se croyant complétement guérie.

J'ai revu cette malade à plusieurs reprises depuis son opération, en septembre 1891, en juin et juillet 1892. Sa santé générale est demeurée très bonne, mais les crises douloureuses mensuelles sont revenues avec la même intensité qu'avant l'opération. Elles se sont, deux fois au moins, accompagnées d'épistaxis supplémentaires, qui n'ont en rien modifié ni la durée ni l'intensité des souffrances. Les crises durent quatre ou cinq jours, reviennent tous les vingt-cinq jours environ. Les douleurs siègent toujours dans le côté droit ; lorsqu'elles deviennent très intenses, au bout de quelques jours, elles s'irradient au côté gauche et envahissent aussi tout l'abdomen. Elles provoquent parfois des vomissements quand elles ont atteint leur summum d'intensité et si la malade se fatigue beaucoup, les crises douloureuses reviennent plus souvent, c'est-à-dire tous les quinze jours.

Cette observation m'a paru assez intéressante pour être soumise aux membres du Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique, surtout parce qu'elle soulève plusieurs questions intéressantes.

Je n'insisterai pas sur le mécanisme et le mode de production de cette malformation congénitale. On trouve dans la science un certain nombre de faits analogues. Je dirai seulement que notre observation prouve que l'examen clinique, même le mieux fait, est insuffisant pour permettre d'affirmer l'absence complète de l'utérus. Elle semble en faveur de l'opinion de Kussmaul, soutenue récemment en France par le Dr Rossignol dans une thèse de la Faculté de Paris (1890) (1), à savoir, que l'absence complète de l'utérus est incompatible avec la survie du sujet, parce qu'elle s'accompagne toujours de malformations (anencéphalie, acardie, etc.) qui ne sont pas compatibles avec l'existence.

Il ne faut donc, à l'exemple des auteurs que je viens de citer, admettre comme cas véritable d'absence complète de l'utérus que les observations dans lesquelles cette malformation aura été prouvée par la dissection ou par la laparotomie.

Je désire principalement insister sur les indications particulières qui doivent déterminer le chirurgien dans son choix entre les divers modes de traitement opératoire de l'absence complète du vagin.

Les faits doivent se diviser en deux groupes :

Dans le premier, l'absence du vagin, quel que soit l'état de l'utérus, ne s'accompagne d'aucun trouble dysménorrhéique.

---

(1) Rossignol. — De l'absence ou de l'état rudimentaire de l'utérus, principalement au point de vue historique et clinique. — Thèse de Paris, décembre 1890.

Dans le second, au contraire, la malade, présentant ou non des hémorragies supplémentaires, est sujette à des phénomènes périodiques (douleurs ou autres) qui rappellent la jonction cataméniale. Il est bien entendu que nous écartons de notre discussion tous les faits d'hématométrie et autres formes de la rétention du sang menstruel. Cette rétention est, à elle seule, la source d'indications précises que nous n'avons pas à examiner ici.

Pour les malades chez lesquelles l'absence du vagin est une simple malformation sans troubles ni douleurs, la seule opération que l'on ait à tenter est la création d'un vagin artificiel. Bien que certains auteurs, parmi lesquels C. Schrœder, Hégar et Kaltenbach, tendent à rejeter cette opération *pro forma*, d'autres, au contraire, l'acceptent et la pratiquent volontiers, parmi lesquels je citerai Amussat, son inventeur, Emmet, Pozzi, etc., etc., et surtout L. Le Pirt. Ce dernier, en effet, tout en reconnaissant qu'il s'agit là le plus souvent d'une opération de complaisance, avoue qu'il est des cas où une opération de complaisance peut devenir une opération de nécessité.

La création d'un vagin artificiel est une opération toujours délicate, souvent difficile, quel que soit le procédé employé. (Procédé d'Amussat, plus ou moins modifié, dilatation électrolytique de L. Lefort, etc.) (1). Mais le principal reproche qu'on puisse lui faire c'est la difficulté de conserver les résultats opératoires primitifs. En effet, le plus souvent la rétraction cicatricielle vient, au bout d'un temps plus ou moins court, détruire, ou à peu près, le canal artificiellement créé. C'est ce qui s'est produit dans les observations de Maisonneuve, Guérin, Pachaud, de Genève, Polaillon, Picqué, etc., etc. Les faits de conservation absolue du conduit vaginal créé par l'opération, tels que ceux de Richet, de Warbeck, de Demons (de Bordeaux) (fait inédit, communication orale) sont relativement rares.

Dans le second groupe de faits, c'est-à-dire pour les malades qui, avec l'absence du vagin, présentent des troubles dysménorrhéiques périodiques marqués, deux opérations restent en présence : ce sont la création d'un vagin, ou bien l'opération de Battey, c'est-à-dire la castration. Dans le premier cas, le chirurgien cherche à ouvrir une voie au sang cataménial en complétant le canal génital; dans le second, il s'efforce de détruire la fonction cataméniale pour supprimer les troubles qui paraissent en dépendre.

---

(1) L. Lefort. Manuel de Médecine opératoire de Malgaigne, 8e édit. 1877, p. 666.

Je n'ai pas à revenir sur la création du vagin artificiel : elle se présente ici exactement dans les mêmes conditions que précédemment.

Quant à la castration, qui est de date plus récente, elle est admise par plusieurs auteurs, tels que : C. Schœder, Hégar et Kaltenbach, Martin, de Berlin, Pozzi. Las Calas dos Santos rapporte, d'après Pozzi (1) des observations de castration pour absence du vagin, dues à Tauffer, Langenbeck, Peaslie, Savaz, Kleinwachter. Le professeur Martin, de Berlin, mentionne à son tour, dans son traité clinique des maladies des femmes, un fait de ce genre, suivi du plus complet succès. L'observation qui précède en est un nouvel exemple.

Le choix entre les deux opérations que nous venons d'énumérer ne me paraît pas devoir être fait au hasard, il me semble, au contraire, qu'il doit être déterminé par l'état de développement de l'organe utérin.

En effet, toutes les fois que, dans un cas d'absence complète du vagin, l'utérus paraît assez développé pour qu'il soit permis d'espérer que, par la création d'un conduit vaginal, il arrivera à un développement suffisant pour remplir son rôle physiologique, il est indiqué, à notre avis, de compléter la partie existante du canal génital. La création artificielle du vagin s'impose dans ces cas.

Au contraire, lorsque, le vagin faisant défaut, l'utérus n'a pas été découvert par l'examen clinique, ou bien quand il est tellement rudimentaire que l'on ne peut pas légitimement espérer un développement ultérieur ; c'est la castration qui devra être choisie. La suppression de la glande génitale est le meilleur moyen de supprimer la fonction cataméniale et par suite les accidents qui peuvent en découler : troubles dysménorrhéiques divers et même l'hémato-salpinx et l'hématocèle péri-utérine.

D'ailleurs, malgré les succès que compte déjà cette opération dans des cas analogues, elle n'est pas infaillible, puisque dans l'observation que je viens d'avoir l'honneur de soumettre au Congrès, les troubles périodiques ont survécu à l'ablation du seul ovaire et de la seule trompe qui existaient chez notre jeune malade.

Il nous resterait à examiner à quelle cause nous devrons attribuer cet insuccès thérapeutique. Cela tient-il à ce que nous n'avons pas cru devoir enlever en même temps l'utérus rudimentaire dont nous avons constaté la présence pendant l'opération ? Il est difficile de rien

(1) Pozzi. *Traité de Gynécologie*, 1[re] édition, page 1092. Paris, 1889.

affirmer à cet égard et à ce sujet, notre observation doit être rapprocher des cas d'ovaro-salpingectomie double dans lesquels on a constaté après l'opération la persistance de la fonction menstruelle. Les faits analogues sont déjà assez nombreux pour ne pouvoir pas être mis en doute, une explication satisfaisante reste seule à trouver.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DES EAUX CHLORURÉES-SODIQUES FORTES EN GYNÉCOLOGIE

par M. **De Lostalot** (Salies-de-Béarn).

Si l'intervention de la chirurgie, dans la gynécologie, a resteint de plus en plus les limites du traitement médical, celui-ci, et en particulier le traitement chloruré sodique n'en reste pas moins précieux dans certains cas. Voici, à mon avis, après une pratique de quatre années à Salies-de-Béarn, quelles sont les indications de ce mode de traitement.

Indications. — 1° Fibromyômes à évolution lente non accompagnés d'hémorragies graves, fibromyômes non hémorragiques, fibromyômes arrivés ou développés à l'époque de la ménopause, fibromyômes très volumineux enclavés, pouvant rendre une intervention radicale dangereuse ;

2° Le traitement chloruré sodique trouve une indication de première importance dans les métrites catarrhales tirant leur origine d'un état général strumeux ou tout au moins lymphatique, ainsi que chez les malades anémiées par une métrite hémorragique, pour laquelle on devra pratiquer ou on aura pratiqué le curettage, qui est ici le traitement de choix ;

3° Parallèlement aux affections précédentes, je place les exsudats pelviens, les empâtements subaigus ou chroniques des ligaments larges dus à une périphlébite ou périlymphangite de ces régions ; les périsalpingites créant des adhérences, cause si fréquente des douleurs des annexes et compliquant les oophoro-salpingectomies. Je dirai de même des adhérences consécutives aux opérations et qui entretiennent parfois les douleurs persistantes après les laparotomies.

Contre-indications. — Le traitement chloruré sodique doit être abso-

lument contre-indiqué dans le traitement médical des salpingites, surtout dans les inflammations récentes de la trompe et de l'ovaire, et jusqu'à ce jour on a véritablement abusé du traitement thermal dont il est ici question. Loin de guérir, l'on peut dire que souvent la balnéation chlorurée sodique n'a fait que hâter une salpingectomie qui avait été différée jusqu'alors; par ce traitement, on voit bientôt vers le quinzième jour les douleurs augmenter d'intensité sans compter des accidents de pelvipéritonite ou de péritonite généralisée, ainsi que j'en ai observé deux cas terminés par la mort; cette poussée aiguë, sous l'influence des bains salins forts, peut s'accompagner des collections tubaires suppurées, j'en connais trois observations. Sont seules justiciables de la balnéation chlorurée sodique les salpingites anciennes presque éteintes où il ne persiste que des lésions de voisinage, c'est-à-dire des exsudats inflammatoires péritonéaux. Si, dans ces cas, le traitement thermal ne suffit pas par lui-même, il prépare admirablement les malades à une intervention radicale, en amenant la résorption des exsudats pelviens. Toutefois, une intervention chirurgicale du côté de l'utérus ou des annexes ne doit pas être exécutée avant un repos d'au moins un mois après le traitement thermal, de même qu'elle ne doit jamais être tentée pendant le traitement; il existe, en effet, dans ce moment, ainsi que dans les trente ou quarante jours qui suivent la balnéation, une telle congestion des organes du bassin, que les malades doivent être considérées comme en imminence des règles.

DES CONTRIBUTIONS NOUVELLES DU TRAITEMENT ÉLECTRIQUE FARADIQUE ET GALVANIQUE AU DIAGNOSTIC EN GYNÉCOLOGIE

par M. **G. Apostoli** (Paris).

Si la technique opératoire et la chirurgie sont presque arrivées à leur apogée en gynécologie, après avoir parcouru, depuis la découverte de l'antisepsie, une carrière brillante et pleine de succès, on peut affirmer, d'autre part, que les indications opératoires, basées sur le diagnostic et sur l'état des annexes, dont la prépondérance domine tout en gynécologie, sont loin d'avoir fait les mêmes progrès.

Ici, l'incertitude règne trop souvent encore et trop fréquemment aussi, la surprise est la règle dans beaucoup de laparotomies, dites *exploratrices*.

Il est donc inutile de souligner tout l'intérêt qui s'attache à un nouveau signe d'exploration destiné, par sa précision et la facilité de son application, à épargner bien des mécomptes, à montrer souvent le chemin sans passer par le canal du bistouri, en évitant ainsi des méprises fatales et souvent irréparables, destiné enfin à désarmer le bras du chirurgien, ou à le conseiller, après avoir fourni un guide exact et sûr.

Si la gynécologie conservatrice a trouvé, en effet, dans l'électricité son plus précieux et meilleur auxiliaire, la chirurgie, à son tour, est également destinée à réclamer souvent l'appui du même traitement électrique pour éclairer sa route, confirmer ou rectifier un diagnostic douteux, imposer, ou même hâter, dans certains cas, telle opération dont la nécessité ne paraissait pas s'imposer d'emblée, et en proscrire d'autre part telle autre comme superflue, inutile ou dangereuse.

Deux questions vitales, et des plus difficiles à résoudre, se posent tous les jours en gynécologie : *Les annexes sont-elles malades? Si, oui, y a-t-il du pus? Ou bien, quel est le degré de leur inflammation ?*

C'est pour résoudre ces deux problèmes qu'on fait tous les jours des laparotomies, dites exploratrices, ou des castrations que ne légitime pas constamment le processus inflammatoire réel; et c'est pour la solution de ces mêmes problèmes que je propose le concours du traitement électrique *préalable*.

En effet, toute laparotomie, dite exploratrice, et toute mutilation pratiquées d'emblée, soit contre les douleurs dites ovariennes rebelles, soit contre une lésion des annexes de nature douteuse, devraient être, à l'avenir, ou différées, ou souvent formellement proscrites, avant d'avoir épuisé toutes les ressources, soit d'un côté, de la *sédation faradique*, soit de l'autre, de la *réaction galvanique intra-utérine*.

J'affirme que les applications intra-utérines, soit faradiques, soit galvaniques, interrogées avec sagacité et persévérance, sont destinées le plus souvent à éclairer le diagnostic dans les conditions cliniques suivantes, dont voici la formule résumée synthétique.

A. — Courant faradique.

En 1883, j'ai prolongé la route qu'avait si largement ouverte et avec tant d'à-propos, mon maître et ami, le Dr Tripier, et j'ai montré tout le parti qu'on pouvait tirer en gynécologie des applications

faradiques de tension, administrées un temps suffisamment long ; j'ai montré que le courant de tension (engendré par un fil long et fin) est un merveilleux *sédatif*, un calmant de la douleur en général, et qu'il s'appliquait fort utilement aux douleurs dites ovariennes, *d'origine hystérique*, qui tiennent une place si grande et si fréquente en pathologie utérine.

La réponse thérapeutique que donne le courant faradique, appliqué suivant les règles, que j'ai formulées dès 1883, est si nette, si précise, et presque si constante, qu'il supprime, ou du moins il interrompt, pour une durée qui varie de quelques heures à plusieurs semaines, toute *douleur ovarienne hystérique*, à la condition qu'elle ne soit qu'*hystérique*; il agit quelquefois si instantanément que l'on croirait la réponse dictée par une suggestion puissante et irrésistible, — il ramène le calme avec une facilité si grande dans toute la zone ovarienne endolorie, et cela, avec d'autant plus de sûreté que l'application est faite dans l'utérus plutôt que dans le vagin — aussi, étant armé de tous ces faits, j'ai utilisé le même moyen dans un but de *diagnostic*.

Si, en effet, toute douleur ovarienne hystérique, le plus souvent unilatérale, et *sans lésion inflammatoire des annexes*, est presque toujours apaisée, un temps plus ou moins long, par le courant faradique, tout insuccès de cette même médication devra tenir à un substratum inflammatoire , entretenant une irritation plus ou moins grave des annexes, non justiciable de l'action sédative du courant induit.

Or, telle est précisément la vérité clinique, telle qu'une longue expérience (depuis plus de dix années) me l'a démontrée avec une évidence assez grande pour me permettre de formuler aujourd'hui, dans quelques propositions générales, les règles et les conclusions pratiques de mon intervention.

Toute douleur ovarienne hystérique est justiciable du courant faradique de tension.

Tout insuccès de cette même médication intra-utérine tient presque constamment à une inflammation concomitante des annexes.

Etant donnée une douleur ovarienne, d'origine douteuse et méconnue, il faut d'abord faradiser, ou la douleur disparaît momentanément, ou elle n'est nullement influencée ; dans le premier cas, elle est d'origine hystérique et dans le second, elle tient à une affection méconnue des annexes qui réclamera un examen complémentaire, et peut-être une intervention spéciale.

Ainsi, si une femme vient nous consulter pour une douleur vive, ovarienne, et chez laquelle la palpation bi-manuelle ne fait découvrir

aucune lésion évidente des annexes, il faut d'abord la faradiser; si elle n'est nullement soulagée, un nouvel examen s'impose, et au besoin sous chloroforme.

Dans le cas de doute, un traitement complémentaire galvanique est requis, qui confirmera ce que le courant faradique n'avait fait que soupçonner.

Je me résume :

Le courant faradique de tension doit nous instruire sur la véritable nature des douleurs dites ovariennes, dont il est le calmant le plus efficace et le plus rapide. Toute douleur ovarienne, en effet, est le plus souvent justiciable du courant faradique de tension, si l'on suit les règles et la technique opératoire que j'ai formulées (dès 1883), concernant le nombre des séances, la durée de l'application, le choix des bobines, le siège de l'intervention, etc.

Oui, toute douleur ovarienne, si elle est *hystérique et rien qu'hystérique*, est, sinon guérie, du moins presque toujours soulagée par le courant faradique de tension qui, d'ailleurs, reste à peu près impuissant contre les douleurs d'origine inflammatoire, et notamment contre celles qui sont liées aux inflammations des annexes.

Si donc, dans tel cas, le *succès curatif* nous éclaire sur le diagnostic, et *nous impose une abstention opératoire*, dans tel autre au contraire, l'*insuccès* nous montrera que la douleur a sa source profonde qui réclamera, soit un traitement galvanique supplémentaire, soit une intervention opératoire.

B. — Courant galvanique.

Depuis le moment (1882) où j'ai proposé pour des affections gynécologiques multiples (fibrômes, endométrites, lésions non suppurées des annexes, phlegmasies péri-utérines, troubles fonctionnels variables : aménorrhée, dysménorrhée, ménorrhagie et métrorrhagie, etc.) un traitement galvanique en apparence uniforme, mais essentiellement différent dans son administration (intensité, durée localisation, nombre et rapprochement des séances, choix des pôles, etc.), j'ai été frappé de deux faits de la plus grande importance.

1° *De la tolérance variable des utérus pour une même dose galvanique intra-utérine*;

2° *De la variation de cette tolérance dans le même utérus, suivant des conditions anatomiques périphériques différentes.*

Ces faits, d'abord empiriques et confus, n'ont trouvé leur application que le jour où j'ai placé l'utérus sous la dépendance de

l'innervation ovarienne et salpingienne, et où j'ai observé que la sensibilité utérine était avant tout vassale et tributaire de celle des annexes. Tout s'expliquait alors : et variations de sensibilité d'un utérus à l'autre, et variations sur le même sujet suivant l'état morbide ou non de ses annexes.

La loi des réflexes salpingiens et ovariens domine tout cet important problème qui n'a pas tardé à recevoir, entre mes mains, une sanction démonstrative expérimentale, dont la simplicité et la clarté équivalent à une réponse mathématique.

Si c'est vrai, en effet, que telle femme souffre et est intolérante au traitement galvanique, parce que ses annexes sont enflammées, il suffit de supprimer ces dites annexes et ce foyer supplémentaire de douleur, pour rétablir immédiatement le calme et ramener l'équilibre de la sensibilité utérine ; pour prouver d'autre part, que l'hypéresthésie utérine était bien provoquée par l'état morbide des annexes, il suffit de faire la contre épreuve, et d'électriser, *dans les mêmes conditions opératoires*, ce même utérus *après* la castration comme on l'avait fait *avant*. La tolérance électrique devra être immédiatement acquise à tel ou tel utérus qui auparavant (avant la castration) ne supportait rien ou supportait très mal.

Or, tel est bien le cas, et telle est la preuve expérimentale que j'ai acquise de mon induction clinique; j'ai à cette heure des exemples multiples de femmes que j'avais essayé vainement de traiter par des courants galvaniques intra-utérins, qui, impuissants à procurer le moindre soulagement, n'avaient pu que m'instruire de la nécessité d'une castration; — cette castration a été faite, et immédiatement la sensibilité utérine a été apaisée et j'ai pu alors, après cette opération bilatérale, après l'abolition des réflexes nuisibles, terminer et compléter un traitement électrique qui, auparavant était non seulement intolérable, mais encore impuissant et inefficace.

La castration a ainsi libéré l'utérus de son hypéresthésie galvanique et lui a redonné une tolérance identique, ou à peu près, à celle que confère l'intégrité physiologique des annexes.

J'ai ainsi pu du même coup, par la même thérapeuthique bien conduite, éclairer le diagnostic, légitimer une intervention chirurgicale et compléter ultérieurement, s'il y a lieu, une cure symptomatique que le couteau avait été impuissant à parachever.

Il est donc bien vrai que l'état des annexes règle avant tout, et presque entièrement, la question de la tolérance galvanique intra-utérine, et c'est à propos d'elle que je propose de paraphraser un proverbe fameux et de dire : *Dites-moi qu'elle est la réaction galvanique*

utérine de telle ou telle femme, et je vous dirai ce que ce sont ses annexes. Cette formule renferme à elle seule tout le nouveau et important problème que je vais très sommairement expliquer et développer.

Dès 1884, j'ai groupé en plusieurs chefs principaux les causes d'intolérance utérine galvanique.

1° *L'hystérie ;*

2° *Les inflammations intestinales* :

3° Les phlegmasies péri-utérines. (Ce mot de phlegmasie péri-utérine, d'abord un peu vague et n'exprimant qu'une formule générale, n'a pas tardé à prendre une forme plus concrète, et celui de *lésion des annexes* lui a été substitué) ;

4° Certaines tumeurs fibro-kystiques de l'utérus.

Dans toute application galvanique intra-utérine, il y a deux points à signaler :

La réaction opératoire, qui comprend la manière dont le courant est supporté et toléré par les malades pendant les séances.

La réaction post-opératoire (qui est la plus importante des deux, et qui comprend toute la série des sensations que pourra éprouver la malade le soir même et les jours suivants : *réaction douloureuse* ou simplement *nerveuse*, courbatures, fatigue, mal aux reins, coliques. etc.), *réaction fébrile* (avec frisson, fièvre, anorexie, nausée, etc.), qui peut se prolonger un ou plusieurs jours après la séance, avec l'obligation même quelquefois de garder le lit.

Cela dit, voici les réponses cliniques générales que l'on obtient.

Toute galvanisation intra-utérine faite à la dose de **100** à **150** milliampères, dans un utérus simplement hypertrophié ou fibreux avec ou sans endométrite concomitante sans lésion inflammatoire contemporaine des annexes ou du bassin, toute galvanisation, dis-je, appliquée avec toutes les règles de l'asepsie, est toujours d'une innocuité absolue, presque toujours bien supportée et n'est jamais suivie d'une réaction post-opératoire fébrile, ou trop douloureuse, le lendemain et les jours suivants, si l'on a pris soin de respecter la susceptibilité ou la tolérance individuelle; il peut y avoir, en effet (quoique rarement), pendant la séance de l'intolérance qui interdise et limite le dosage en deçà d'un chiffre moyen, mais c'est purement hystérique.

Si dans ce cas, il y a de la douleur par hasard (ce qu'on peut toujours éviter), il est rare, une fois que la séance a pris fin, qu'elle ne disparaisse pas à son tour, ou du moins, si elle subsiste, elle s'atténue rapidement pour disparaître bientôt après.

S'il y a dans cette première hypothèse de l'intolérance, elle est, je le répète, presque constamment de nature purement hystérique, et ce

diagnostic s'impose avec d'autant plus de sûreté que nous pourrons constater d'un côté un excès de réaction douloureuse manifestée par la malade et de l'autre sa disparition brusque dès la fin de la séance sans aucune réaction fébrile consécutive.

En un mot, plus une femme se plaint pendant la séance, plus elle réagit brusquement, et sans proportion aucune, avec la dose qui est appliquée; plus vite également la douleur disparaît dès que le courant cesse, et plus précis est le diagnostic d'hystérie.

Voilà le premier cas clinique; examinons maintenant le second.

Dans toute phlegmasie péri-utérine, au contraire, l'intolérance électrique, pendant la séance et surtout la réaction post-opératoire ensuite naissent, grandissent et se prolongent au fur et à mesure qu'il y a une accuité plus vive dans la dite inflammation des annexes (ovaire et trompe).

Or, ici tout d'abord, je dois immédiatement faire justice d'une objection toute naturelle.

Toute application galvanique intra-utérine est-elle dangereuse en présence d'un kyste de l'ovaire ou d'une inflammation suppurée des annexes ?

Oui, si l'application est trop intense ou mal faite; non, si elle est modérée et bien conduite.

Oui, si l'application est brutale, massive, et en particulier *négative* dans l'utérus au début des séances; non, si elle est progressive, toujours tolérable, et si elle utilise et, commençant le pôle *positif.* Si, en effet, à propos de l'hystérie franche, la question du dosage est presque de pure convenance, pour ne pas irriter vainement la malade et la détourner d'une médication salutaire ici, au contraire, la plus grande réserve s'impose et elle doit être la loi de notre intervention, parce qu'elle est la sauvegarde de son innocuité et de son efficacité.

Le sujet, toutefois, ne saurait être envisagé en bloc, et il est bon de le scinder :

Tout kyste de l'ovaire pur et simple, c'est-à-dire *non suppuré,* et sans lésion concomitante et inflammatoire, soit de la trompe, soit des annexes opposées, *peut tolérer impunément de hautes doses galvaniques intra-utérines.*

Je l'ai vu en assez grand nombre de fois sur des malades que j'avais électrisées par erreur de diagnostic sans aucun accident consécutif, sans même l'ombre de réaction inflammatoire post-opératoire; ces mêmes malades ont subi plus tard avec succès une laparotomie et l'on a trouvé un kyste de l'ovaire non enflammé avec une trompe normale. Ces faits prouvent surabondamment que pour qu'il y ait exagération des réflexes utérins, il est nécessaire, avant tout, qu'il y ait un pro-

cessus inflammatoire *actif* du côté des annexes, car voici la seconde réponse.

Toute suppuration dans le bassin, et en particulier toute inflammation aiguë des annexes (ovaire ou trompe) prédispose aux réactions vives post-opératoires galvaniques.

Oui, la réaction galvanique post-opératoire, qui est surtout proportionnelle à l'intensité de l'inflammation *suppurée* des annexes, peut provoquer des accidents, il faut avoir le courage de le dire et de le proclamer très haut pour apprendre du même coup la circonspection et la réserve qui sont nécessaires pour les éviter sûrement.

Mais est-ce bien une raison pour désarmer notre bras et nous faire renoncer à un médicament d'une si incontestable utilité? Oui, si nous n'avions pas des moyens sûrs pour nous défendre, si nous n'avions pas un vrai *garde-fou* pour abriter notre ignorance toujours possible... Non, si nous avons un moyen de contrôle positif et facile. Or, j'affirme que ce moyen de contrôle a une précision mathématique pour nous garder de toute faute que nous pourrions commettre.

Ce contrôle est d'abord *préventif* et nous commande, en cas de doute, la plus grande modération, je dirai presque le plus grand tâtonnement dans l'application et la multiplication des premières séances.

Voici, du reste, les formules générales de la conduite qu'il faut tenir :

A) *Débuter dans toute application galvanique par le pôle intra-utérin positif.*

B) *N'appliquer jamais dans la première séance une intensité supérieure à 50 milliampères et jamais au début ne dépasser la seule date qui sera utérinement tolérable.*

C) *Faire la première galvanisation avec lenteur, circonspection et sans aucune brusquerie.*

D) *Interrompre la séance dès qu'il y aura de l'intolérance manifeste et ne la renouveler que deux ou trois jours après, lorsque toute réaction post-opératoire sera apaisée.*

E) *N'augmenter ultérieurement l'intensité et la durée qu'au fur et à mesure de la tolérance des séances précédentes.*

Ces préceptes étant bien compris et fidèlement exécutés, ou le médicament est toléré ou il ne l'est pas.

S'il est bien toléré, nous avons alors un véritable *laisser-passer* qui nous indiquera que la voie est libre, que nous pouvons avancer sans crainte et sans tâtonner, parce que la périphérie utérine est saine, parce que les annexes sont en bon état ou du moins ne sont pas en état d'inflammation actuelle ou de suppuration. S'il y a eu de l'inflammation autrefois (ce qui est toujours possible) elle est pour le moment

éteinte, comme cela arrive dans les vieux exsudats qui sont les témoins posthumes d'une phlegmasie aiguë antérieure qui a totalement disparu. Nous nous trouvons, en un mot, en présence d'une malade absolument justiciable de la *médecine conservatrice*, chez laquelle on *peut*, et on *doit* tout essayer pour lui conserver des annexes avec toute chance de succès.

Tout le sens clinique du médecin devra, dans la suite, consister à savoir adopter à chaque cas telle ou telle dose, tel ou tel pôle, tel ou tel nombre de séances.

Si, au contraire, la galvano-caustique intra-utérine n'est pas tolérée (malgré les précautions ci-dessus) si l'on constate, en un mot et quand même, une réaction post-opératoire vive, même après une séance bien conduite, nous avons alors dans cette réaction bien interprêtée un vrai *fil d'Ariane* qui nous servira à fixer le diagnostic. Tout acquerra de l'importance et nous servira de moyen de contrôle précieux : c'est la fièvre après la séance — c'est la douleur qui se continue le lendemain et les jours suivants, — c'est la perte de l'appétit, c'est l'insomnie, c'est l'absence principalement de toute amélioration et l'aggravation plutôt de l'état antérieur.

Si la réaction post-opératoire se produit intense et prolongée, elle sera un véritable halte-là, un vrai *disque rouge* qui nous indiquera que la voie est barrée et qu'on ne peut avancer.

C'est ainsi comme toujours, que d'un mal possible peut et doit naître un très grand bien; c'est ce même danger, évité, mais toutefois soupçonné et entrevu, qui nous servira de pierre de touche pour éclairer et fixer le diagnostic et pour nous dire : ici, les annexes sont suppurées ; *là*, elles ne le sont pas.

Ici, est une salpingite catarrhale curable ; *là*, est une inflammation suppurée de la trompe ou de l'ovaire; ici, il faut opérer sur l'heure; *là*, ce serait un crime de le faire.

Ici, est une ovaro-salpingite justiciable des moyens conservatifs, patients, laborieux et progressifs; *là*, est une inflammation grave qui n'est justiciable que d'une castration ou d'une hystérectomie vaginale. Il est donc bien entendu, que des entrailles même de cette thérapeutique intra-utérine, si féconde en réactions salutaires, la chirurgie pourra et devra puiser à l'avenir une de ses indications de la plus haute importance pour lui permettre de faire un diagnostic préparatoire et non *a posteriori*, pour armer ou désarmer son bras. On voit combien ce nouveau problème est vaste, du plus grand intérêt et digne de préoccuper tous les chirurgiens qui souvent ouvrent le ventre pour en faire le diagnostic, pratiquent des mutilations intem-

pestives ou qui opèrent des fibrômes pour des salpingites ou des kystes de l'ovaire, et réciproquement.

Je me résume :

Le courant galvanique appliqué dans l'utérus est destiné à nous renseigner sur l'état d'intégrité des annexes, leur inflammation possible, ses degrés sur l'existence du pus sur la nature curable, ou non d'un processus inflammatoire en voie d'évolution.

Il peut et doit nous épargner bien des méprises avec leurs conséquences opératoires, et éviter, par exemple, au milieu de beaucoup d'erreurs, celle qui est si fréquente et qui consiste à prendre un *fibrôme sous-péritonéal* pour une *salpingite* et réciproquement.

Deux faits, en effet, de la plus grande importance, dominent toute la thérapeutique galvanique intra-utérine.

C'est d'abord la *tolérance absolue* (sauf les exceptions que je vais signaler) de l'utérus quand sa périphérie est saine.

C'est ensuite son *intolérance* qui grandit avec l'état d'acuité de l'inflammation de ses annexes. *La sensibilité utérine au courant continu est donc avant tout vassale et tributaire de celle des annexes*, et la réponse qu'elle donne est destinée à nous éclairer sur le degré présumé ou non de leur inflammation.

A côté de cette première source de l'intolérance la plus fréquente et la plus importante de toutes se rangent d'autres causes d'une importance et d'une fréquence secondaires, entre lesquelles il sera le plus souvent facile d'établir un diagnostic différentiel.

a) C'est d'abord l'*hystérie franche* avec ses réactions vives, subites, et son ensemble symptomatique qui frappe les yeux les moins clairvoyants.

b) Ce sont ensuite les tumeurs fibro-kystiques de l'utérus dont la nature maligne est très probable.

c) Ce sont encore les *phlegmasies du bassin*, y compris celles de *l'intestin* qui ont une histoire symptomatique très caractéristique.

Les conséquences cliniques qui découlent de ces prémices très brièvement exposées sont les suivantes :

1° Tout utérus interrogé galvaniquement à la dose de **100** à **150** milliampères qui n'éprouve aucune réaction opératoire et principalement post-opératoire qui, non seulement tolère cette dose, mais même voit s'atténuer les symptômes dominants (tels que douleur ou hémorragie), tout utérus dis-je, ainsi tolérant, a toujours sa *périphérie* saine, ou du moins n'a pas d'inflammation *actuelle* des annexes justiciables de la chirurgie et réclame un traitement électrique, dont le

dosage galvanique ne devra être limité que par les indications cliniques à remplir.

Il peut même y avoir coexistence dans ce cas d'un ***kyste simple de l'ovaire***; s'il n'y a pas inflammation des trompes, la même tolérance électrique sera conservée;

2° Tout utérus qui ne supporte pas **50** milliampères ou qui les supporte mal, chez lequel les suites opératoires sont ou très douloureuses ou fébriles, est un utérus dont la *périphérie est suspecte* qu'il ne faut interroger qu'avec modération et prudence;

3° Tout utérus dont l'intolérance initiale s'atténue avec le nombre des applications, et dont l'amélioration symptomatique s'accentue et grandit avec le temps, appartient, soit à une hystérique ou possède des annexes dont le processus inflammatoire est en voie de régression ou d'arrêt;

4° Tout utérus dont l'intolérance au début, d'abord excessive (ne supportant pas **20** à **30** milliampères), se développe et grandit avec le nombre de séances et s'accompagne d'une élévation de température, est un utérus dont la périphérie est atteinte d'une lésion non justiciable de la gynécologie conservatrice. Ici, une suspension de traitement galvanique s'impose, une fois le diagnostic ainsi élucidé et il faut songer à une intervention opératoire qui le plus souvent sera une castration légitimée par une ovaro-salpingite d'ordinaire suppurée.

DES HÉMORRAGIES PROVOQUÉES PAR LES FIBROMES UTÉRINS (LEUR MÉCANISME). — ACTION DE L'ÉLECTRICITÉ SUR CES HÉMORRAGIES (SON MODE D'ACTION)

par M. **Léon Danion** (Paris).

I.

Le nombre des fibromyômes hémorragiques que j'ai traités par l'électricité et *suivis* atteint actuellement un minimum de deux cents. L'enquête que m'a permis de poursuivre ces nombreuses observations m'a conduit à penser que dans les études pathogéniques qui ont été faites de ces hémorragies, on a laissé à l'écart le facteur principal auquel est subordonné leur mécanisme.

La gêne circulatoire, la congestion produite, soit directement (compression), soit indirectement (actions vaso-motrices réflexes), et surtout l'endométrite ont été *exclusivement* invoquées pour expliquer les pertes sanguines.

Cependant, ces pertes peuvent exister sans tout cela, et tout cela peut exister sans elles dans les cas de fibrômes.

En effet :

1° Il est des femmes qui sont prises en pleine santé de *métrorrhagies* durant plusieurs mois, se renouvelant plus ou moins fréquemment et chez lesquelles l'examen ne révèle aucune tension, aucune congestion utérine), aucune douleur à la pression, l'*unique symptôme est la métrorrhagie* et la cause un point fibromateux plus ou moins saillant qui fut sans doute inaperçu sans elle.

Ces faits ne sont pas très rares; je puis pour mon compte en citer des exemples ;

2° Il est des malades dont les règles, tout en conservant leur périodicité normale, augmentent de durée et de quantité. Ces pertes sanguines sont compatibles quelquefois longtemps avec toutes les apparences d'une bonne santé. L'examen révèle la présence d'un corps fibreux parfois déjà volumineux *dont la métrorrhagie est l'unique symptôme ;* ces cas sont fréquents ;

3° Il en est d'autres dont les règles, tout en restant normales, ou à peu près, comme quantité, ont une périodicité anormale de vingt-six, vingt-quatre, vingt et parfois même quinze ou dix-huit jours. Ces ménorrhagies « subintrantes » constituent quelquefois longtemps l'unique symptôme d'un corps fibreux. Elles sont loin d'être exceptionnelles. En revanche, l'augmentation de la durée intercalaire accompagnée le plus souvent de fortes ménorrhagies peut au contraire se présenter, mais très exceptionnellement.

Tous les observateurs reconnaîtront l'exactitude de ces faits, et pour eux tout au moins la pathogénie de la congestion et de l'endométrite est en défaut.

Mais il est des cas bien plus rares où les symptômes sont en contradiction complète avec cette pathogénie.

Certaines malades présentent, en effet, une grande tension utérine et péri-utérine allant parfois jusqu'à l'effacement des culs-de-sac, s'accompagnant de douleurs du ventre et des lombes, sans trace de métrorrhagies ou de ménorrhagies. D'autres présentent des écoulements muco-purulents sans *pertes sanguines*, ou tout au moins avec des traces rouges insignifiantes *comme quantité!*

II.

La seule explication qui permette de rendre compte de la contradiction apparente des symptômes hémorragiques produits par les fibromyômes utérins et de leurs formes variées, est de placer l'hémorragie sous la dépendance d'un dérèglement de la fonction menstruelle et par suite de la fonction ovarienne, dont elle n'est qu'une dépendance.

C'est la fonction ovarienne qui, sous l'influence de l'irritation utérine occasionnée par la présence d'un ou plusieurs fibrômes, finit par péricliter. La perte de l'intégrité anatomique de l'utérus entraîne la perte de l'intégrité physiologique de la fonction menstruelle.

Le désordre *progressif* apporté par les fibrômes dans la périodicité et dans la quantité des menstrues, désordre tel qu'il devient parfois impossible de distinguer s'il s'agit de ménorrhagies ou de métrorrhagies, suffirait à lui seul à démontrer que les hémorragies pathologiques sont étroitement liées à la défaite de l'organe chargé, entre autres fonctions de présider aux hémorragies physiologiques de la matrice (1).

Les congestions utérines pathologiques, et les congestions périutérines, et particulièrement l'endométrite, n'interviennent (en dehors de circonstances exceptionnelles qui en favorisent l'explosion précoce) que plus tard, alors que par suite de surmenage l'endométrium se trouve désarmé. Une fois déclarée, l'endométrite devient peu à peu un auxiliaire redoutable, mais on peut affirmer hardiment qu'elle n'est pas « cause », qu'elle n'est que « conséquence », qu'elle « ne précède pas », mais « qu'elle suit », et que c'est avant

---

(1) Je n'ignore pas que l'on peut, à propos des expressions de « fonction de la menstruation » ou de « fonction ovarienne » que j'ai employées, soulever une longue discussion qui pourrait même rester interminable si l'on voulait faire des deux termes « ovulation » et « pertes rouges » une condition *sine qua non* de cette fonction dans laquelle la « perte » ne serait qu'un épiphénomène, et exiger la démonstration de l'ovulation congénère dans les cas de pertes. Mais je dois me borner à dire qu'ici, tout aussi bien que dans les cas de grossesses accompagnées de pertes rouges rythmiques, l'objection est purement spécieuse et que pour pouvoir se manifester séparément, les deux termes de la menstruation n'en sont pas moins subordonnés à une même action centrale, à la même fonction. Qu'il me soit permis d'ajouter, puisque j'ai abordé ce chapitre, que si l'on voulait chercher des arguments dans les qualités du sang qui donnent, dans une certaine mesure, aux « menstrues » leurs caractères, ils seraient le plus souvent favorables à la thèse que je soutiens. *Ils ne sauraient en tous cas l'infirmer en rien.*

tout sur la déviation fonctionnelle que repose le mécanisme des métrorrhagies et des ménorrhagies.

Si je n'étais obligé de me limiter, je m'efforcerais de démontrer que c'est la perte de l'intégrité physiologique ovarienne qui domine l'histoire générale des hémorragies de l'utérus, que c'est à elle que les pertes rouges doivent leur physionomie spéciale qui en fait une classe à part dans le cadre nosologique des hémorragies.

Quoi qu'il en soit, avant d'arriver à la partie électrothérapique de mon sujet, partie à laquelle j'emprunterai des preuves cliniques destinées à appuyer les preuves analytiques que je viens de mettre rapidement sous vos yeux, je désire rappeler brièvement les résultats d'une pratique chirurgicale susceptible d'éclairer la question qui nous occupe, je veux parler de l'ablation des ovaires.

Un certain nombre de chirurgiens estiment que le moyen le plus simple de couper court aux métrorrhagies ou aux ménorrhagies qui minent la santé des malades atteintes de tumeurs fibreuses et qui arrivent parfois à compromettre leur existence, est de pratiquer l'ablation des ovaires. Et, en effet, très souvent, sinon toujours, lorsque ces organes peuvent être enlevés, le résultat espéré est atteint, l'écoulement sanguin s'arrête. Je crois à peine utile d'ajouter que lorsqu'il existe des altérations inflammatoires de l'endomètre, la guérison de celle-ci ne suit nullement une marche parallèle.

Dans un ordre d'idées analogues, je dois faire observer que la suppression naturelle de la fonction menstruelle entraîne le plus souvent la guérison des hémorragies et qu'ici encore le sort de l'endométrite, lorsqu'elle existe, n'est nullement lié à celui des pertes rouges.

J'ajoute enfin que, dans les cas rares où il subsiste des hémorragies fibromateuses après la suppression artificielle ou naturelle de la fonction menstruelle, elles perdent leur caractère particulier et rentrent dans la loi commune. Il est bien évident, en effet, pour le dire en passant, que la muqueuse utérine n'est nullement mise par un fibrôme à l'abri des causes variées qui provoquent, d'une manière générale, des hémorragies (fongosités, ulcérations, ruptures vasculaires, etc.), mais le plan général, la formule, si je puis m'exprimer ainsi, des hémorragies fibromateuses telle que je viens de l'exposer, n'en est modifiée en rien.

III. — Partie électrothérapique

La faradisation et la galvanisation ont une action très nette sur les hémorragies qui nous occupent. Toutefois, l'action du mode fara-

dique est essentiellement temporaire, elle s'adresse exclusivement au symptôme qu'elle jugule pour un instant, tandis que l'action galvanique est complète, et réellement curative, grâce aux modifications profondes qu'elle produit. Aussi est-ce exclusivement de ses résultats que je m'occuperai.

Je désire d'abord faire justice d'une erreur qui, bien que moins répandue qu'elle ne l'a été, l'est encore en tout cas beaucoup trop et figure même dans des travaux tout récents de gynécologie : c'est que l'effet produit par l'électricité sur les hémorragies utérines est dû à ses propriétés caustiques.

C'est là, avec beaucoup d'autres, une erreur *absolue* que l'on trouve longuement exposée par les partisans des procédés électro-chimiques intra-utérins.

L'arrêt des hémorragies est *entièrement indépendant* de toute action caustique. On peut même affirmer sans hésitation que cet arrêt se produit malgré elle. Cependant, elle n'est pas complètement indifférente. Elle intervient, en effet, malheureusement, pour contrecarrer et retarder les bons effets de l'action dynamique qui s'exerce parallèlement, et cela par suite de « l'excitation », de « l'irritation » qu'elle produit, excitation et irritation qui se traduisent par des phénomènes de tension, de congestion, douloureux, parfois même par des phénomènes inflammatoires qui obligent les malades à se mettre au repos et à s'aliter. Dans certains cas ce mode d'intervention électrique a même provoqué des hémorragies plus graves que celle que l on combattait. J'en ai vu des exemples.

Les preuves que l'arrêt des hémorragies fibromateuses est absolument indépendant de l'action électro-chimique et appartient exclusivement à l'action dynamique sont au-dessus de toute discussion. Voici les principales rapidement énumérées :

Première preuve. — Avec la technique nouvelle, la cautérisation s'exerce principalement dans le col, surtout au niveau de l'orifice interne. L'endomètre n'est atteint que sur un ou deux points extrêmement exigus, et les altérations de sa surface échappent presqu'en totalité à l'action caustique. J'ai démontré ce premier point par des expériences sur le cadavre et sur des animaux, et il a été corroboré par une autopsie pratiquée sur une malade qui venait de subir des applications électro-caustiques intra-utérines. Les notions physiques suffisent du reste à cette démonstration.

Deuxième preuve. — Les ponctions faites dans les tumeurs elles-mêmes, sans toucher par conséquent à l'endomètre, ont sur les hémorragies des effets supérieurs à ceux de l'action intra-utérine.

Troisième preuve. — Les applications intra-cervicales réduites à un point extrêmement exigu, à l'aide des excitateurs spéciaux que j'ai fait construire, employées de 20, 30, 70 à 80 m. a. et combinées avec des renversements, *sont supérieures* aux deux moyens précédents. L'action caustique ne subsiste plus ici que comme artifice pour permettre à l'action dynamique de s'exercer. *Ce procédé représente l'intervention idéale* lorsque la cavité cervicale est accessible, et lorsque les doses hémostatiques utiles peuvent être employées *sans douleur.*

Quatrième preuve. — L'action vaginale exercée à l'aide d'un simple tampon humide conformément au traitement que j'ai institué, *peut* (en utilisant des intensités de 40, 50 à 120 m. a. combinées ou non suivant les cas avec des renversements) *rivaliser avec les moyens précédents.* — Ce dernier moyen, qui fait disparaître jusqu'aux derniers vestiges d'actions caustiques a l'avantage précieux d'être applicable *sans aucune douleur* à tous les cas sans exceptions. — J'ai fourni, à l'appui de ce que j'avance, un nombre considérable d'observations qui ont été corroborées par d'autres auteurs, *et il ne leur a jamais été opposé une seule observation contradictoire.*

Aussi je n'hésite pas à déclarer, et hautement, que persister à soutenir au mépris de la logique physique, au mépris de l'expérimentation, au mépris de la Clinique que l'action intra-utérine est nécessaire ou même simplement utile à l'arrêt des hémorragies, c'est vouloir (pour des motifs que je n'ai point à approfondir) fermer les yeux à la lumière, et c'est vouloir perpétuer des erreurs funestes au progrès de l'électrothérapie !

Que persister à employer, malgré la démonstration irrécusable de leur inutilité caustique, de leur infériorité clinique, et de leurs dangers, les procédés électro-chimiques intra-utérins, c'est vouloir s'exposer sans excuse aucune à causer un préjudice peut-être irrémédiable aux malades !

Je termine, en ajoutant que les effets caustiques intra-utérins, dirigés contre les altérations de l'endométrium, restent fatalement inférieurs aux autres caustiques ou au curettage, et aux actions cataphorétiques *que j'ai introduites en gynécologie* et que l'on trouve reproduites, avec de légères variantes qui nuisent au procédé, sous la dénomination d'*électro-chimie* ou d'électrolyse interstitielle.

Il convient, du reste, de ne pas perdre de vue que les effets trophodynamiques remarquables qui s'exercent parallèlement avec l'action chimique permettent, lorsque le traitement est méthodiquement et patiemment appliqué, d'obtenir la guérison de la muqueuse utérine, *même lorsqu'elle est gravement altérée.*

C'est un résultat que l'on attribue faussement à des actions chimiques illusoires et on en trouve une nouvelle preuve dans ce fait que l'action dynamique conserve toute sa valeur, et une valeur inestimable, lorsque la cavité utérine (ce qui est loin d'être rare) est inaccessible.

IV

Il me reste, avant de conclure, à parler des effets de l'électrothérapie galvanique sur les hémorragies utérines d'origine fibromateuse.

Depuis que j'ai renoncé à l'emploi de l'action électro-chimique intra-utérine et que je lui ai substitué, soit l'action intra-cervicale, soit le traitement vaginal avec renversements, *j'ai toujours vu* les métrorrhagies s'arrêter avec une extrême rapidité, parfois dès la première application, ordinairement après la deuxième, troisième ou quatrième, sauf dans les trois cas suivants, qui sont les seuls où j'ai constaté un insuccès. Dans le premier, un polype assez volumineux a été expulsé vers le milieu du deuxième mois de traitement; il a pu être extrait après une simple torsion du pédicule. Dans le second, une dilatation du col, suivie de curettage pratiqué après une série de récidives hémorragiques qui s'étaient produites à brève échéance, a permis d'extraire deux polypes de la grosseur d'une forte noisette. Dans le troisième, il s'agissait d'un kyste hématique du ligament large qui compliquait un fibrôme utérin.

Lorsque les métrorrhagies sont rebelles, la présomption d'un fibrôme cavitaire, ou d'une complication ignorée s'impose.

Lorsque des écoulements leucorrhéiques ou muco-purulents accompagnent les métrorrhagies, ils persistent plus ou moins longtemps, surtout les derniers, après l'arrêt du sang, et l'on peut se rendre compte de leur indépendance absolue des pertes sanguines.

Les effets sur les ménorrhagies ne sont pas moins remarquables, mais ils apparaissent plus lentement et semblent par suite moins brillants.

Le premier effet produit à peu près sans exception, et cela ordinairement dès les deuxième ou troisième époques, est le rétablissement de la période normale.

C'est un résultat que l'on peut prédire avec la plus entière assurance et donner ainsi une grande confiance aux malades. Il est une nouvelle preuve que le mécanisme des hémorragies fibromateuses repose bien sur le dérèglement de la fonction menstruelle.

La diminution des pertes ne s'obtient en général que progressi-

vement. Elle a lieu cependant quelquefois dès la première époque et se maintient, mais c'est très exceptionnel, et je n'ai jamais vu le fait se produire dans les ménorrhagies anciennes, surtout compliquées d'endométrite. Il y a, sous ce rapport, une différence remarquable avec ce que l'on observe dans les cas de métrorrhagies, mais *je n'hésite pas à affirmer qu'avec un traitement judicieusement conduit on arrive toujours à triompher même des cas les plus graves,* de même que je ne crains pas d'affirmer qu'aucune médication (injections chaudes, hydrastis canadensis, ergot de seigle, eaux de Salies ou de Kreuznach, etc.), ne saurait être comparée à l'électricité.

Il est du reste un résultat qui se produit tout de suite sans exception. L'état général se restaure avec une rapidité surprenante. Les malades reprennent de la force : le sommeil et l'appétit, alors qu'ils avaient disparu depuis de longs mois et parfois depuis des années, renaissent en même temps que les métrorrhagies et les ménorrhagies sont jugulées ; on voit de véritables résurrections se produire chez des malades tombées au dernier degré de l'anémie et de la misère physiologique. Aussi les plus sceptiques, les plus désespérées reprennent confiance rapidement et envisagent l'avenir d'une manière toute différente. Si l'on ajoute que parallèlement à ces effets du traitement, qui semblent parfois tenir du prodige, il se produit un soulagement très rapide des douleurs suivi bientôt de guérison, il ne faut pas s'étonner de voir les malades se rattacher énergiquement à un traitement devenu pour elles l'unique espoir de salut après n'avoir été le plus souvent qu'un pis aller.

Lorsque les ménorrhagies sont compliquées d'endométrite, celle-ci disparaît parfois rapidement sous l'action tropho-dynamique du traitement, mais c'est relativement rare et la règle est qu'elle disparaît progressivement et lentement. Lorsque les altérations de l'endomètre sont profondes, de date ancienne, elles survivent à la guérison des ménorrhagies et ne cèdent que peu à peu à l'emploi éclairé des ressources ordinaires de la thérapeutique, et parfois à de simples soins hygiéniques. La faradisation peut ici rendre de réels services.

Quant au mode d'action qui permet à l'électricité d'obtenir les brillants effets que je viens d'exposer (*et dont le tableau, pour paraître à quelques-uns peut-être trop brillant n'en est pas moins, je l'affirme, d'une entière exactitude*), il y a lieu de faire entrer en ligne de compte le pouvoir décongestif du mode voltaïque, son pouvoir atrophique parfois surprenant et que l'on chercherait en vain à nier, mais principalement le privilège qu'il possède d'une manière générale de faire rentrer

dans l'ordre, dans la voie normale, les fonctions physiologiques déviées, déséquilibrées, privilège dont le maximum de puissance se retrouve sous mille formes variées dans l'électrothérapie de l'utérus et de ses annexes (1).

Conclusions.

1° Les métrorrhagies et les ménorrhagies qui compliquent les fibromyômes utérins, ont leur point de départ dans le dérèglement de la fonction ovarienne qui préside au rythme, à la durée et à l'abondance de l'hémorrhagie physiologique utérine.

Ce dérèglement est produit par la présence irritative des fibromyômes, lesquels détruisent l'harmonie fonctionnelle qui place sous l'étroite dépendance les uns des autres les organes de la génération.

L'endométrite à laquelle on a tenté de rattacher les pertes rouges n'apparaît (lorsqu'elle apparaît) que *secondairement* après les congestions morbides et le plus souvent, longtemps après le dérèglement menstruel.

L'endométrite aggrave, il est vrai, parfois même rapidement la situation pathologique, mais elle n'est qu'une *conséquence*. Elle facilite les pertes, les rend plus abondantes, peut même les créer en ouvrant une porte qui jusque là avait pu résister, mais sa marche pathologique est si bien indépendante de celle des hémorragies, que même après son alliance avec celles-ci, on peut maîtriser, arrêter même subitement les pertes sanguines, sans toucher en rien à l'évolution de l'endométrite.

Les preuves cliniques et thérapeutiques sur lesquelles s'appuient ces principes pathogéniques abondent. Les observations de fibrômes utérins hémorragiques que j'ai *suivis* et traités électriquement, et dont le chiffre, ainsi que je l'ai dit en débutant, atteint aujourd'hui un minimum de deux cents m'ont entraîné à les considérer comme irrécusables ;

2° Au point de vue électrothérapique, l'arrêt des métrorrhagies et des ménorrhagies fibromateuses est dû exclusivement à l'action électro-dynamique.

Placer l'arrêt des pertes sous la dépendance de l'action électro-

(1) S'il m'était permis d'entrer dans le domaine de l'hypothèse, j'ajouterais qu'il n'y a peut-être au fond qu'une simple suppléance artificielle d'une fonction électro-physiologique normale.

chimique est, avec beaucoup d'autres, une erreur absolue des méthodes intra-utérines galvano-caustiques.

L'expérimentation le démontre.

Les résultats cliniques que donnent les « ponctions », « l'action intra-cervicale » et « l'action vaginale » le prouvent sans discussion.

Les procédés et les principes électrothérapiques que j'ai institués (je l'ai prouvé par la publication de nombreuses observations prises dans des services hospitaliers) permettent de triompher rapidement sans douleur et sans l'ombre du plus petit danger des ménorrhagies et des métrorrhagies fibromateuses, en dehors d'exceptions extrêmement rares.

L'action caustique intra-utérine ou parenchymateuse ayant en revanche pour résultat, non seulement de compromettre et de retarder les bons effets de l'action dynamique qui s'exerce parallèlement avec elle, mais encore d'occasionner fréquemment des douleurs, de créer des dangers incontestables et même mortels, il y a lieu d'espérer que ceux qui restent encore partisans des méthodes galvano-caustiques intra-utérines, et des ponctions comprendront que le moindre préjudice causé aux malades les laisse sans excuse, en admettant même que celui que leur cause le retard apporté à leur guérison soit excusable.

Le mode d'action de l'électricité repose sur ses propriétés décongestives puissantes, sur ses propriétés atrophiques, mais avant tout sur le privilège qu'il possède au suprême degré de rendre à la fonction ovarienne dévoyée sa rectitude fonctionnelle.

L'ANESTHÉSIE MIXTE EN GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

par M. **E. Verrier** (Paris).

De l'aveu général, l'anesthésie est indispensable pour les grandes opérations gynécologiques, il est même peu de médecins qui s'en passent pour le curettage de l'utérus.

Parmi les opérateurs, les uns emploient l'éther, les autres préfèrent le chloroforme. En France, la majorité de nos confrères se rallie au chloroforme, bien qu'il ne soit pas sans danger.

Pour en atténuer autant que possible les effets fâcheux, plusieurs

chirurgiens ont proposé l'anesthésie mixte. Les uns, avec MM. Dastre et Morat, lorsqu'ils ont affaire avec des sujets nerveux et excitables, font précéder l'administration du chloroforme d'une injection hypodermique de vingt-cinq à trente gouttes d'une solution de chlorhydrate de morphine et de sulfate d'atropine, suivant une formule qu'ils ont préconisée pour les anesthésies de longue durée.

Les autres, avec MM. Formé et Dubois, ont tenté, dans des cas analogues, l'emploi combiné du chloral et du chloroforme. M. Dubois, dans les cas plus spéciaux d'alcoolisme, combine l'alcool et l'éther avec le chloroforme.

Les gynécologistes allemands font usage dans la laparotomie d'un mélange de chloroforme et d'alcool, qui, d'après eux, régulariserait l'anesthésie et rendrait les vomissements moins fréquents.

Trélat, lorsqu'il ne voulait obtenir qu'une anesthésie passagère, quoique générale, associait le chloral à la morphine.

Enfin M. Poitou-Duplessy fait précéder les inhalations de chloroforme de quelques inhalations de bromure d'étyle. Ce procédé mixte qu'il emploie avec le cornet anesthésique, auquel il attribue une certaine valeur dans l'espèce, aurait, d'après la communication qu'il nous a faite à la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris, le même avantage que le procédé des gynécologistes allemands (chloroforme et alcool), c'est-à-dire qu'il régulariserait l'anesthésie et s'opposerait, plus sûrement encore, aux vomissements, que ne le fait le chloroforme combiné à l'alcool.

Pinard, dans sa thèse d'agrégation, a étudié, sous l'inspiration du professeur Pajot, les différents effets physiologiques et pathologiques de l'anesthésie générale et de l'anesthésie mixte avec diverses substances (*Thèses de Paris*. Agrégation, 1878).

Pour moi, me basant sur les expériences de Claude Bernard, en 1864, et celle de Nussbaum, de Munich, en 1873, sachant que la syncope et la mort, qui en est parfois la suite, arrivent par une sorte d'anémie cérébrale, témoin la position tête en bas que l'on fait prendre aux malades menacées de ces accidents et l'espèce d'insomnité dont jouissent les femmes en travail, par suite de l'effort pendant l'accouchement chloroformique, j'ai, depuis trois années, fait usage, pour l'anesthésie mixte, d'une injection sous-cutanée de la solution de chlorhydrate de morphine à 2/100, dont j'emploie dix à vingt gouttes, suivant les cas, soit 1 à 2 centigrammes.

Ce procédé se rapproche de celui de MM. Dastre et Morat, sauf qu'il ne comporte pas l'usage de l'atropine et qu'il ne précise les doses et le moment, comme je le disais tout à l'heure.

De plus, j'étends le bénéfice de la méthode aux opérations obstétricales de longue durée, lorsque le ralentissement ou la disparition des contractions a diminué ou nécessité l'effort conscient ou inconscient de la parturiente. Mais je repousse toute intervention de ce genre dans l'anesthésie appliquée à l'accouchement naturel.

J'ai été ainsi amené à élever un simple procédé à l'état de méthode générale par l'observation suivante, que je résume en quelques mots :

C'était en 1889, M. le Dr Dumoret, ancien interne de M. Terrier, et M. le Dr Leriche, son collègue, pratiquaient un curettage, 110, rue Saint-Honoré.

La patiente était une femme multipare d'une trentaine d'années, atteinte d'une affection épithéliomateuse de l'utérus. Rien au cœur, ni dans les poumons, pas d'albumine dans l'urine ni de glycosurie.

J'étais personnellement chargé du chloroforme.

L'anesthésie, commencée à 10 heures du matin avec un chloroforme chimiquement pur, et donné avec la compresse, comme je le fais constamment, durait encore à 10 h. 45 m., lorsque tout à coup, la respiration s'embarrasse, sans que la langue soit refoulée en dedans, la malade pâlit, le pouls s'efface, l'opérateur suspend l'opération; j'injecte immédiatement, comme je le faisais depuis longtemps déjà en ces circonstances, dix gouttes de la solution précitée dans la cuisse gauche de bas en haut. Sous l'influence de cette injection, la respiration reprend, la face et les muqueuses se colorent, le pouls remonte et le chirurgien peut reprendre le cours de son opération. L'opération terminée, la toilette faite, la malade est réveillée et remise dans son lit sans qu'elle éprouve aucun réflexe, ni vomissements consécutifs.

Depuis cette époque, j'ai résolu d'employer les injections de morphine, concurremment avec le chloroforme, tant dans ma pratique particulière que pour les anesthésies, dont quelques chirurgiens et accoucheurs veulent bien me confier la direction.

Je suis donc ainsi arrivé à formuler les règles suivantes pour l'anesthésie mixte en gynécologie et en obstétrique :

1° Avant de donner le chloroforme, lorsque l'anesthésie est supposée devoir durer plus d'une demi-heure, j'injecte dix gouttes de la solution précitée, soit 1/100 de chlorhydrate de morphine dans une des cuisses ou dans les muscles du bras, la pointe de l'aiguille tournée vers la tête;

2° Si, au bout d'une demi-heure, l'opération menace de durer une autre demi-heure, je pratique une nouvelle injection de dix gouttes, ce qui fait 2/100 en tout.

Par cette méthode j'évite le *shock* qui n'est, au dire des meilleurs physiologistes, que le résultat de l'influence fatale sur les centres nerveux d'une anesthésie trop longue, ou encore une congestion rénale consécutive à la chloroformisation prolongée, et enfin, certains réflexes persistants que je crois dus, le plus souvent, à une intoxication chloroformique.

Je n'ai pas la prétention d'être l'inventeur de l'anesthésie mixte, mais, pratiquée comme je le fais, je puis affirmer par expérience personnelle, que cette méthode a déjà sauvé la vie à bien des malades et qu'elle est destinée, si vous voulez bien, Messieurs, lui donner votre appui, à sauver encore d'autres existences.

SUR UN SIGNE DE LA RÉTROVERSION ET DE LA RÉTROFLEXION DE L'UTÉRUS. — DE LA CRÊTE MÉDIANE POSTÉRIEURE

par M. **Pichevin**. (Paris).

Le diagnostic de la rétroversion et de la rétroflexion de l'utérus est d'ordinaire très facile. Différentes circonstances mettent le clinicien dans l'embarras. Il suffit de rappeler que l'utérus est parfois fixé en arrière et entouré de masses plus ou moins volumineuses qui ne permettent pas de distinguer le contour du corps de la matrice. La rétro-latéro-version ou flexion adhérente chez une femme ayant une épaisse couche graisseuse sous-cutanée peut induire en erreur.

Un petit fibrôme situé sur la face postérieure de la matrice, une tumeur rétro-utérine douée d'une certaine mobilité et reliée à un utérus petit, atrophié, une grosse masse paramétritique, une ovaro-salpingite prolabée dans le Douglas peuvent en imposer et être la cause de réelles difficultés de diagnostic.

L'hystéromètre met fin aux incertitudes, du moins dans la très grande majorité des cas.

Mais le cathétérisme de l'utérus peut être impossible. Malgré les tractions exercées sur le col, l'hystéromètre peut être arrêté dans le trajet cervico-utérin, soit par une coudure anormale. Ce fait est exceptionnel.

Parfois, on est obligé de remettre l'hystérométrie à une séance

ultérieure. Il faut, en effet, avoir soin de désinfecter au préalable le vagin et l'instrument qui doit pénétrer dans la matrice. Enfin, tout soupçon de grossesse doit faire rejeter absolument l'emploi du cathéter utérin.

Il existe un signe qui permet le plus souvent de porter le diagnostic immédiat de la rétro-déviation. Il suffit de pratiquer avec soin le toucher vaginal combiné ou non avec le palper abdominal.

Ce signe a été indiqué par M. le professeur Le Dentu. Mon maître m'a appris à diagnostiquer à coup sûr la rétro-déviation par la constatation de la crête médiane qui existe sur la face postérieure de l'utérus. C'est en se basant sur cette notion d'anatomie normale que M. Le Dentu a pu diagnostiquer le plus souvent, soit une rétroversion, soit une rétroflexion de la matrice.

Je vais citer l'opinion de quelques anatomistes sur la saillie de la face postérieure de l'utérus.

Dans Meckel, on lit ce qui suit : « La face antérieure et postérieure de la matrice sont fortement bombées, la seconde plus toutefois que la première, de manière que, surtout dans les premiers temps de la vie, on peut admettre deux faces latérales postérieures qui se réunissent à angle obtus sur la ligne médiane. »

Huschke écrit : « Les faces, l'une antérieure, l'autre postérieure, sont toutes deux convexes d'un côté à l'autre, la postérieure plus cependant que l'antérieure, de manière qu'on peut quelquefois distinguer, deux faces latérales qui se réunissent à angle obtus sur la ligne médiane. »

Cruveilhier, dans son anatomie, ne signale pas cette particularité.

Pichet a constaté que la face postérieure, convexe dans les deux sens, transversal et longitudinal, offre souvent sur la ligne médiane une sorte d'arête vive et saillante qui la parcourt du bord supérieur à l'insertion du vagin.

La face postérieure de l'utérus, d'après Sappey, est plus convexe que l'antérieure. Elle présente sur sa partie médiane une crête mousse qui la partage en deux facettes symétriques inclinées, l'une à droite, l'autre à gauche et qui se termine inférieurement au niveau de l'attache des ligaments utéro-sacrés.

Courty, dans son traité, décrit une ligne saillante descendant tout le long de la ligne médiane.

Charpentier s'exprime en des termes à peu près identiques.

Bref, au point de vue anatomique, la crête médiane postérieure est admise par les auteurs modernes, tantôt comme une disposition constante, tantôt comme une disposition fréquente.

Les gynécologistes ont-ils tiré parti de cette particularité anatomique dans le diagnostic des rétro-déviations? Mes recherches, bien qu'elles soient assez étendues, me permettent de répondre par la négative. Il se peut que ce signe soit donné quelque part, mais il m'a été impossible d'en trouver la moindre trace dans les nombreuses publications que j'ai consultées. Qu'il nous suffise de citer les ouvrages de Boivin et Dugès, Colombat, Aran, Valleix, Nonat, Bernutz, Courty, Churchill, Sims, Schrœder, Barnes, G. Thomas, Emmet, Lombe Atthill, Demarquay et Saint-Vel, Martineau, Scanzoni, West. Les articles des dictionnaires sont muets sur ce sujet. Pozzi, dans son livre récent, ne parle pas de la recherche de la crête utérine postérieure, comme signe de la rétro-déviation.

Nous pouvons en dire autant du remarquable traité des déviations utérines de Schultze.

Il m'est donc permis d'affirmer, sans beaucoup de risques de me tromper, que ce signe, tiré d'une donnée d'anatomie normale, n'est pas connu.

Voici comment on arrive à bien le reconnaître, d'après M. le professeur Le Dentu : « Lorsque les doigts explorateurs sont arrivés dans l'angle formé par le cul-de-sac postérieur, on doit les diriger lentement de haut en bas, sur la partie médiane de la masse arrondie représentant le corps de l'utérus. En même temps les doigts dépriment un peu la muqueuse vaginale, en la faisant glisser transversalement sur la tumeur. On parvient ainsi à sentir une crête mousse souvent très nette qui divise la masse globuleuse en deux parties latérales symétriques. Tantôt la saillie est peu marquée, difficilement perceptible, tantôt la crête est saillante et très nette, surtout dans la portion voisine de l'angle de flexion.

» En suivant cette crête avec le doigt, on peut, dans certains cas, reconnaître que le corps de l'utérus ne se trouve pas sur la ligne médiane. On peut ainsi diagnostiquer aisément une rétro-latéro-déviation; on peut établir une topographie exacte des productions pathologiques situées parfois, soit d'un côté, soit des deux côtés de la matrice rétro-déviée. »

Depuis plus d'un an, je recherche systématiquement la crête utérine. Je l'ai sentie et j'ai pu la faire sentir aux élèves de la clinique chirurgicale de Necker dans la très grande majorité des cas de rétroversion et de rétroflexion.

Parfois, la crête est si nette que le doute n'est pas possible. Du premier coup, on la perçoit, même quand on n'a pas une grande

habitude du toucher vaginal. Il faut une certaine éducation des doigts pour déceler sa présence, dans les cas difficiles.

J'ai presque toujours trouvé la crête médiane postérieure. Je l'ai sentie peu de temps après l'accouchement. Je l'ai perçue sur un utérus rétro-dévié gravide.

Dans quelques cas peu nombreux, il m'a été impossible de reconnaître l'angle dièdre de la face postérieure de l'utérus. Je n'ai pu déterminer quelles étaient les causes qui empêchaient de percevoir cette saillie médiane.

Mes recherches cadavériques ne sont pas nombreuses pour que je puisse formuler des conclusions fermes. Je dirai seulement que j'ai examiné à l'amphithéâtre plusieurs utérus normaux dont la crête médiane n'était pas perceptible par le toucher immédiat, sans interposition de tissus. Il m'a suffit de produire artificiellement une rétroflexion prononcée pour pouvoir sentir nettement une corde musculaire médiane très tendue sur une longueur de 1 1/2 centimètre environ à partir de l'angle de flexion.

Je crois que la crête médiane que l'on perçoit lors des explorations cliniques est l'exagération d'une disposition anatomique. Cette saillie normale, anormalement exagérée dans la rétroflexion et dans la rétroversion, est due probablement aux conditions nouvelles créées par le changement de la statique utérine. La déviation en arrière produit, dans les différentes couches musculaires du col et du corps, des élongations et des tassements qui se traduisent, en partie du moins, par une saillie plus prononcée de la crête médiane postérieure.

Quoi qu'il en soit, je pense que la constatation de cette saillie postérieure a une réelle importance dans le diagnostic de la rétroversion et de la rétroflexion de l'utérus.

La séance est suspendue à 4 heures 3/4.

SÉANCE DE CLOTURE

La séance est reprise à 5 heures du soir, sous la présidence de M. le professeur Kufferath.

Après avoir remercié les confrères étrangers d'avoir assisté en si grand nombre aux séances du Congrès, M. le Président déclare la première Session du Congrès périodique international clôturée, quant aux travaux scientifiques. Plusieurs points importants pour l'avenir du Congrès Périodique sont à discuter. M. le Président propose la discussion immédiate du projet de *Statuts et règlements du Congrès*, élaboré par le Comité d'organisation.

M. Jacobs, secrétaire général, se basant sur ce que pareille discussion aurait de pénible après les fatigues du Congrès, propose de nommer une Commission *internationale*, qui serait chargée de l'élaboration de ces statuts, que l'on n'adopterait définitivement que lors de la première séance de la prochaïne session.

M. Engelmann (Saint-Louis) appuie la proposition précédente et demande que la Commission internationale prenne le titre de *Comité permanent international du Congrès périodique de Gynécologie et d'Obstétrique*, comité chargé de la défense des intérêts du Congrès.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

Sont nommés *membres du Comité permanent :*

MM. A. Martin, pour l'Allemagne;
Auvard, pour la France;
Alban Doran, pour l'Angleterre;
Howitz, pour les États Scandinaves;
Vuillet, pour la Suisse;
Engelmann, pour les États-Unis d'Amérique;
La Torre, pour l'Italie;
Rein, pour la Russie;
Treub, pour la Hollande;
Pawlick, pour l'Autriche;
Jacobs, pour la Belgique.

M. Jacobs est nommé *secrétaire général* du Comité permanent; M. Auvard, *trésorier*.

Il est, en outre, décidé que ce Comité pourra s'adjoindre des membres nouveaux, représentant d'autres pays.

M. le Président propose ensuite de voter la date et le lieu de réunion de la deuxième session du Congrès périodique.

Après échange de nombreuses observations, il est décidé, à la presque unanimité des membres, que la deuxième session se tiendra à **Genève**, en **1895**.

M. Sænger (Leipzig) propose de voter, par acclamations, des félicitations à M. le professeur Kufferath, président, à M. Jacobs, secrétaire général, aux membres du Comité d'organisation. (*Applaudissements.*)

MM. Parvin (Philadelphie), Porak (Paris), Macan (Dublin), Treub (Leide), Porro (Rome), Schonberg (Christiania), Westermark (Stockholm), Consolas (Athènes), Pavlaki Bey (Constantinople), Heinricius (Helsingfors) prennent successivement la parole au nom de leur pays ; ils remercient la Belgique de son hospitalité, et font des vœux ardents pour la réussite des sessions futures.

M. le président Kufferath lève la séance au milieu d'acclamations prolongées.



Imprimerie Scientifique BULENS, rue de l'Escalier, 22, Bruxelles.



